

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP**

Arianna Mercedes Batista Mora

Pelotas, 2015

Arianna Mercedes Batista Mora

**Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Christiane Lacerda Franco Rocha

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

M827m Mora, Arianna Mercedes Batista

Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, Ap. / Arianna Mercedes Batista Mora; Christiane Lacerda Franco Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Rocha, Christiane Lacerda Franco, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho as minhas filhas, nesta grande distância, tudo o que faço é para elas...

A minha mãe que cuida de mim, desde a eternidade... A meu esposo por ficar sempre o meu lado nos momentos bons e ruins...

Ao povo brasileiro, por fazer parte desta realidade!

Agradecimentos

Ao Programa Mais Médicos, por nos permitir trabalhar na atenção básica no Brasil e ajudar o povo mais necessitado.

À Universidade Federal de Pelotas por aumentar nossos conhecimentos nesta especialidade e fundamentalmente à minha orientadora que com toda sua paciência e sabedoria tem sabido guiar até o final deste Trabalho de Conclusão de Curso e contribuir para a conquista do meu sucesso.

Resumo

MORA, Arianna Mercedes Batista. **Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP.** 2015. 98 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas não transmissíveis que causam muita mortalidade no mundo. No Brasil essas doenças são a principal causa de mortalidade e hospitalizações pelo SUS e são responsáveis por mais de 50% dos diagnósticos primários dos portadores de insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. Por outro lado, sabe-se que essas patologias, quando identificadas precocemente e acompanhadas em seu decorrer, minimizam os riscos para seus portadores, assim como os custos do SUS com esses usuários. Com o objetivo de melhorar a atenção aos portadores de HAS e/ou DM da Unidade Básica de Saúde (UBS) Pedro Barros Monteiro, em Macapá, estado do Amapá, realizou-se uma intervenção com duração de 12 semanas, no período de fevereiro a abril de 2015, com ações dentro de quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Toda a equipe de saúde foi capacitada sobre os temas, com base nos Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37 do Ministério da Saúde, publicados em 2013. Foram utilizadas fichas espelho e planilha eletrônica de coleta de dados, para os registros dos dados. Os resultados evidenciaram que 160 hipertensos foram cadastrados o que representou 45,7% e 63 diabéticos que representou 73,3% do total estimados para a área de abrangência. No decorrer da intervenção 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados tiveram seus exames clínicos realizados, atualizaram-se as fichas de acompanhamento, foram avaliados em seus riscos cardiovasculares, receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a importância de prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância de uma correta higiene bucal. Todos os portadores de HAS e/ou DM faltosos às consultas receberam busca ativa e estão com as consultas em dia. Apresentaram-se entraves para a realização dos exames complementares, que por diversos fatores como a inoperância do laboratório, devido à reforma da UBS e a dificuldade de acesso aos novos locais disponibilizados para os exames. Dos portadores de HAS e de DM que foram cadastrados na intervenção, 49,4% dos hipertensos e 50,8% dos diabéticos estão com os exames em dia. Para a meta sobre a priorização dos medicamentos da Farmácia Popular, o alcance foi de 98,7% para hipertensos e 98,4% para diabéticos e 70,6% dos hipertensos e 69,8% foram avaliados quanto à necessidade de tratamento odontológico. Com a intervenção, foram obtidos resultados satisfatórios em relação à capacitação da equipe, melhoria na qualidade do atendimento de hipertensos e/ou diabéticos, na organização do trabalho, os registros foram atualizados, houve melhoria no acolhimento de toda a população e as ações realizadas no período da intervenção, foram implementadas na rotina de trabalho do serviço.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da UBS Pedro Barros Monteiro, em Macapá, AP, 2015.	15
Figura 2	Fotografia de atendimentos sendo realizados na UBS Pedro Barros Monteiro, em local adaptado, devido a reforma, em Macapá, AP, 2015.	16
Figura 3	Quadro demonstrativo de perfil demográfico da população (idade/sexo)	17
Figura 4	Fotografia do auxiliar de enfermagem demonstrando a identificação na pasta dos idosos na UBS Pedro Barros Monteiro, 2015.	24
Figura 5	Fotografias da reforma da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.	26
Figura 6	Quadro demonstrativo da lista de medicamentos.	35
Figura 7	Exemplo de registro realizado na UBS para identificação do risco do usuário.	37
Figura 8	Fotografia dos arquivos específicos separados por cores para as diferentes micro áreas na UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	54
Figura 9	Fotografia de visita domiciliar realizada pela equipe da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.	57
Figura 10	Fotografia de ações na comunidade realizadas pela equipe da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.	59
Figura 11	Fotografia da capacitação da equipe da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.	61
Figura 12	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	65
Figura 13	Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	66
Figura 14	Gráfico da proporção de portadores de HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	68

Figura 15	Gráfico da proporção de portadores de DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	69
Figura 16	Gráfico de proporção de portadores de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	70
Figura 17	Gráfico de proporção de portadores de DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	71
Figura 18	Gráfico de proporção de portadores de HAS avaliados em sua necessidade de atendimento odontológico da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	72
Figura 19	Gráfico da proporção de portadores de DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.	73
Figura 20	Quadro de registro dos medicamentos ofertados na UBS.	82
Figura 21	Fotografia da equipe 13, responsável pela intervenção no Programa de Atenção à HAS e ao DM na UBS Pedro Barros Monteiro, em Macapá, AP, no ano de 2015.	91

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
REDES	Sistema de Atenção Médica de Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas.
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da Estratégia da Saúde da Família (ESF)	10
1.2	Relatório da Análise Situacional	12
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2	Análise Estratégica.....	26
2.1	Justificativa	26
2.2	Objetivos e metas	27
2.2.1	Objetivo geral.....	27
2.2.2	Objetivos específicos e metas	27
2.3	Metodologia	29
2.3.1	Detalhamento das ações	30
2.3.2	Indicadores	40
2.3.3	Logística	46
2.3.4	Cronograma.....	49
3	Relatório da Intervenção	51
3.1	Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas.....	60
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	61
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4	Avaliação da intervenção	62
4.1	Resultados.....	62
4.2	Discussão	77
5	Relatório da intervenção para gestores.....	82
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	85
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	87
	Referências.....	89
	Anexos.....	93
	Ficha Catalográfica.....	97

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

Este volume engloba a **análise situacional** da Unidade de Saúde da Família Gilmar Cândido da Silva, Cruzeiro do Sul, AC.com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas; o **relatório dos resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; o **relatórios para os gestores** que relata à gestão os resultados obtidos com a intervenção, o **relatório para a comunidade**, que compartilha com a comunidade os resultados da intervenção e a **reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** no decorrer do curso e da implementação da intervenção, além das referências e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia da Saúde da Família (ESF)

A saúde da família é uma estratégia de caráter substitutivo da atenção básica tradicional por uma Atenção Primária à Saúde (APS) diferente. A equipe de saúde da família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral e continuada da saúde de uma população de três a quatro mil pessoas residentes em seu território. O trabalho da equipe inicia-se a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita (BRASIL, 2011).

Eu sou médica do Programa Mais Médicos e trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no Bairro Fazendinha, periferia da cidade de Macapá, estado do Amapá. O serviço possui 3 equipes de saúde e minha equipe é composta por 1 médico, clínico geral, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 4 agentes comunitários da saúde (ACS), 1 dentista e 1 auxiliar de consultório dentário. Minha equipe é a ESF13. Uma parte da população fica perto da UBS, enquanto outra parte da população está distante, porque temos seis microáreas. Para acessar uma das microáreas, temos que cruzar uma pequena distância dentro do estado do Amazonas.

Nós realizamos consultas em um consultório dentro da UBS, mas também fazemos visitas domiciliares e ações de educação em saúde nas casas dos usuários e igrejas, fundamentalmente para os que moram distante e que só é possível chegar até lá, porque contamos com a boa vontade da enfermeira que cede seu carro para essas visitas, uma vez que a unidade não conta com transporte.

Essas ações são programadas todos os meses e revisadas todas as semanas. A população participa sem dificuldades, dependendo da programação.

A UBS não tem boa acessibilidade, pois parte de toda a população mora muito distante da unidade de saúde.

Realizamos consultas de crianças, gestantes, puérperas, hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus, idosos e demanda espontânea.

Todas as semanas fazemos reunião de equipe e temos a participação de todos os integrantes. Esta agenda auxilia na organização e no planejamento do processo de trabalho e, além disso, nestes encontros, fazemos entrega da produção mensal.

Os ACS ainda estão realizando o recadastramento para um melhor trabalho e temos cadastrada, na equipe 13, uma população de mais de 2485 pessoas.

Muitos são os profissionais que trabalham na UBS e são eles: médicos clínicos gerais, especialistas em medicina geral integral, especialista em pediatria, especialista em ginecologia e obstetrícia, especialista em ultrassonografia, enfermeiras e enfermeiros, auxiliares de enfermagem, ACS, dentistas, auxiliar de consultório dentário, assistente social, farmacêuticos, técnicas de microbiologia, recepcionistas, faxineiras, segurança, secretária, diretor, 3 equipes de saúde da família, equipe de núcleo de apoio à saúde da família (NASF): psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas.

A estrutura da UBS é composta por uma sala central, banheiros, área de serviços, recepção e arquivo, secretaria, direção, sala de curativo, injeção. A nebulização e a internação transitória utilizam a mesma sala. Temos ainda a sala de triagem, sala de vacinação, farmácia, consultórios, sala de esterilização, sala de coleta de exames, consultório odontológico e de área de ambulância.

Temos os recursos para realizar as consultas, mas nem sempre há a disponibilidade de todos os medicamentos, que são relacionados no anexo dos cadernos de atenção básica para demanda espontânea e atenção a algumas doenças. Na UBS não há serviço de internet.

Os profissionais da UBS que fazem parte da minha equipe, a 013, do Bairro Fazendinha, são: quatro ACS, uma enfermeira, uma médica, três técnicos em enfermagem, uma dentista, um técnico de saúde bucal. Faltam ainda três ACS para três áreas descobertas,

Temos um consultório que é revezado para duas equipes e faltam equipamentos para que as consultas possam ser consideradas ótimas e possamos ofertar uma atenção de qualidade à população.

Fizemos o mapa de nossa área e temos materiais de educação em saúde. Fazemos todos os prontuários por micro área e por ACS. Temos um sistema de saúde de município que funciona organizado por UBS e equipe de saúde da família. Estamos fazendo, todos os meses uma reunião, onde cada equipe mostra seu planejamento, resultados e mudanças nos principais problemas de saúde, em prevenção, promoção, controles de riscos, assistência aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) e idosos.

Na nossa UBS também funciona um Sistema de atenção médica de urgências (REDES), em coordenação com a UBS, e por esse sistema, oferta-se pronto atendimento com médicos plantonistas das 19:00 às 00:00 horas. Durante o período das 7:00 às 19:00 horas não há médicos de plantão e os médicos da UBS é que realizam os serviços como: sutura, curativos, nebulizações e outros atendimentos que podem ficar em observação e se houver piora do caso, o usuário é encaminhado para hospital. O usuário que necessita do atendimento emergencial do sistema REDES faz a chamada por telefone, com a presença do usuário na UBS, uma vez que não a UBS não é informatizada. Os usuários são atendidos, seguindo o nível de prioridade. Esse trabalho é realizado em coordenação com a secretaria, motivada e comprometida, por obter soluções para os problemas de saúde das comunidades.

Na nossa unidade cumprem-se os princípios do Sistema Único da Saúde (SUS), pois trabalhamos para que a oferta de atenção e de cuidados seja universal, acessível para todos, com uma atenção integral e coordenada com os demais serviços disponíveis na UBS e no município. Tentamos dar a maior resolutividade para as demandas de saúde em nossa área e, além disso, trabalhamos para melhorar a qualidade dos serviços ofertados, esperando que a população disponha de uma ótima atenção em saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do estado do Amapá. Sua população estimada para 2014, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de 446.757 habitantes, distribuídos numa área territorial de 6.408,545 km² e é a única capital estadual que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única capital cortada pela linha do Equador, que se localiza às margens do Rio Amazonas.

Em relação ao município, temos 437.883 habitantes, segundo a informação do departamento de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde do município de Macapá, que são atendidos em 20 UBS por suas equipes de saúde. Também, segundo a Secretaria Municipal de Saúde do município de Macapá, neste momento, depois da complementação do quinto ciclo do Programa Mais Médicos, contamos com uma cobertura de atendimentos aos usuários de 54,79 %. No município temos 82 equipes de saúde da ESF, sendo 68 urbanas e 14 rurais, há 8 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e, se for necessário, encaminhamos os usuários para o CEO do estado do Amapá, que tem um centro da atenção especializada. Não temos serviço hospitalar no município, pois somos dependentes, em sua totalidade, da atenção estadual. Atualmente temos 27 leitos no Hospital da Mulher, que estão sendo ampliados para 35 leitos. No Hospital de Clínicas Dr. Alberto Limas, temos 26 leitos e almeja-se que sejam ampliadas para 55 vagas. Temos ainda o Hospital da Criança e do Adolescente, onde temos a disponibilidade de 92 leitos e chegará a 151 vagas nos próximos meses. No Hospital de emergências temos 58 leitos disponíveis.

No nosso município não há contra referência. Os usuários são encaminhados para essas unidades e não recebemos a contra referência, quando recebem alta hospitalar. Os usuários voltam espontaneamente para o atendimento na atenção básica. No nosso município, podemos contar com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) para encaminhar as emergências. Em relação aos serviços de exames complementares, contamos com quatro unidades que fazem estes atendimentos e realizam os exames. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica de 2011, as UBS instaladas perto de onde as pessoas moram, estudam e vivem, desempenham um papel muito importante na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.

A UBS onde trabalho, conforme evidencia a figura 1, é urbana, chama-se Pedro Barros Monteiro, localiza-se numa zona distrital do município em Macapá, estado do Amapá e faz parte da ESF. É uma UBS da prefeitura, foi construída com essa finalidade e está em funcionamento há 12 anos. Em outubro deste ano fará 13 anos. Os atendimentos ocorrem diariamente, inclusive nos finais de semana, nos períodos da manhã, tarde e noite. É uma unidade mista, pois realiza prontos atendimentos da atenção básica e urgências, além de ações relacionadas à Saúde

da Família. Temos área de abrangência definida e mapeamento da área, sendo que a última atualização foi realizada no ano 2012.



Figura 1- Fotografia da UBS Pedro Barros Monteiro, em Macapá, AP, 2015.

Na nossa UBS temos três equipes de Saúde da Família e a equipe em que atuo é composta por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, quatro ACS. São necessários ainda, três ACS para completar a nossa equipe. Eles farão a cobertura das três áreas que ainda se encontram descobertas. Temos um dentista e um técnico de saúde bucal. Nesta unidade trabalham também: um diretor, quatro agentes de segurança, um assistente social, um auxiliar administrativo, um auxiliar de almoxarifado, três auxiliares de saúde bucal, quatro auxiliares de serviços gerais, dois bioquímicos, sete enfermeiros, um farmacêutico, um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, três médicos clínicos gerais, dois ginecologistas/obstetras, três pediatras, dois motoristas, uma nutricionista, três cirurgiões dentistas, dois psicólogos, três agentes de higiene dentária e vinte e dois técnicos de enfermagem. Alguns dos profissionais citados compõem a equipe do NASF e contribuem com o nosso trabalho. Nossa equipe cumpre as propostas do SUS, pois ofertamos um atendimento de saúde integral, universal e igualitário a todos os usuários que vêm em busca de atendimento a sua saúde.

A estrutura física da UBS é composta por uma sala para recepção, uma sala para arquivos, uma sala de espera que acomoda mais o menos de vinte pessoas. Não há sala de reuniões. Temos uma sala de almoxarifado, um consultório com

sanitário, quatro consultórios sem sanitários, uma sala de vacinas. Os procedimentos e as nebulizações são realizados na mesma sala, motivo pelo qual, a nossa UBS está em reforma. Pretende-se que a unidade tenha uma estrutura de qualidade, após a conclusão da reforma. Há uma sala para farmácia, um consultório odontológico, com área específica para compressor, um sanitário para funcionários, uma copa/cozinha, um depósito para materiais, um abrigo para resíduos sólidos, uma sala para lixo não contaminado. Não temos sala para ACS. O prédio não é adequado para acesso de pessoas portadoras de deficiência e a porta de entrada consiste uma limitação. Acredito que após a conclusão da reforma, nossa UBS ficará de acordo com o Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde (MS). Durante a reforma estamos atendendo na parte da frente da UBS, como mostra a figura 2, que ainda não está em reforma, mas depois passaremos para a parte nova, já reformada. Concluída a reforma daquela parte, farão a reforma da parte da frente, onde trabalhamos atualmente.



Figura 2- Fotografia de atendimentos sendo realizados na UBS Pedro Barros Monteiro, em local adaptado, devido a reforma, em Macapá, AP, 2015.

Em relação às atribuições dos profissionais, acredito que minha equipe tem boas condições de percepção, atitudes positivas e vontade de trabalhar para que nossa atenção básica seja de qualidade e nossa população fique contente, mas para que o nosso trabalho possa ser mais produtivo, acredito que seria muito importante realizar a capacitação de toda a equipe.

Nossa área atende uma população estimada em 2.300 habitantes, dos quais 1.137 são do gênero masculino e 1.163 são do gênero feminino. Temos 41 crianças menores de um ano e 92 idosos com mais de 60 anos. Temos ainda 3 áreas descobertas, sem a conclusão do cadastro e estima-se que nestas áreas, hajam 1200 habitantes. Precisamos de 3 ACS para trabalhar com essa população. Nossa equipe de saúde visita essas áreas para dar atendimento a sua população, mas isso ocorre com muita dificuldade, uma vez que o ideal seria que tivéssemos os ACS para cobrir essas áreas distantes.

Seque abaixo, na figura 3, a distribuição da população cadastrada na nossa UBS, segundo o perfil demográfico.

SEXO	Faixa Etária (anos)										TOTAL
	< 1 a	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
M	22	89	52	59	125	110	345	183	112	40	1137
F	19	83	47	69	149	132	346	159	107	52	1163
Total	41	172	99	128	274	242	691	342	219	92	2300

Figura3. Quadro demonstrativo de perfil demográfico da população (idade/sexo)

Na nossa UBS, o acolhimento ocorre na recepção e é realizado por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e de odontologia, além dos ACS. Então, o acolhimento é coletivo, realizado por toda a equipe de saúde e ocorre todos os dias, em todos os turnos. Todos os usuários têm suas necessidades escutadas em até 5 minutos. Nossa equipe conhece e utiliza avaliação de risco biológico e de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário. Atendemos usuários de dentro e de fora da área de abrangência e as consultas são solicitadas e realizadas somente pela médica e pelo dentista. Não há excesso de demanda para esses atendimentos. Não há oferta de serviços especializados em odontologia, na minha UBS. Eu fico muito feliz, quando observo, todos os dias, a maneira como as dificuldades são superadas, principalmente quando a equipe trabalha em conjunto, gerando mais segurança e confiança para os usuários. Com prevenção e bom trabalho é possível lidar com o excesso da demanda espontânea.

Para dar continuidade à análise situacional da nossa UBS, utilizaremos os dados calculados pelo Caderno das Ações Programáticas (CAP) para estimar os indicadores de cobertura e os de qualidade das Ações Programáticas postas em prática na nossa UBS.

Segundo o Caderno de Atenção Básica nº 33, que discorre sobre a saúde da criança (2012), a taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas no Brasil, graças às ações e ampliação da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, a falta de cuidados e atenção à saúde das gestantes e das crianças continua sendo um problema que provoca mortes, que poderiam ser evitadas, especialmente, nos menores de um ano de vida, situação que poderia ser modificada, se houvesse uma boa atenção pré-natal e seguimento adequado das mães e das crianças.

Na nossa UBS são realizados atendimentos às crianças de zero a 72 meses, para crianças de dentro e fora da área de abrangência, durante dois dias por semana, em todos os turnos. Os cuidados com as crianças são realizados pela médica da família, enfermeira, médico pediatra, nutricionista, psicóloga e auxiliar de enfermagem, em casos onde haja essa necessidade. As crianças já saem com as consultas agendadas da UBS. Não dispomos de protocolos de atendimento à puericultura e realizamos regularmente: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico, imunizações, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal. Trabalhamos muito na classificação de risco, a fim de identificar as crianças de alto risco.

Atualmente, temos um total de 41 menores de um ano, o que significa uma cobertura de 84%, segundo as estimativas do CAP, que previam que deveríamos ter 49 crianças nessa faixa-etária. Quanto aos indicadores de qualidade avaliados no CAP, 54% (22) das crianças estão com as consultas em dia, de acordo com o protocolo, 46% (19) apresentam atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 39% (16) realizaram o teste do pezinho em até sete dias, 41% (17) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 37% (15) realizaram triagem auditiva e 100% (41) realizaram monitoramento do crescimento na última consulta, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, estão com as vacinas em dia, realizaram avaliação de saúde bucal, receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes. Acredito que em conjunto com a equipe, poderemos melhorar a atenção à primeira

consulta dos sete primeiros dias que é muito importante para a criança e também para o puerpério, e de forma geral, acredito que poderemos contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da Atenção à Saúde da Criança na nossa equipe.

Quando eu vim trabalhar na nossa equipe tínhamos muitos problemas. Havia dificuldades com o agendamento das gestantes e para os quatro ACS da área de abrangência, eram disponibilizadas apenas duas vagas. Isso ocorria por falta de conhecimento a respeito das recomendações do protocolo para um seguimento adequado e do fluxograma de atenção pré-natal, onde a equipe tem atribuições da atenção ao pré-natal. Em reunião, fiz orientações à equipe sobre as gestantes saírem da UBS, com a consulta de retorno agendada e, atualmente, está funcionando com êxito. Os ACS e demais profissionais da equipe estão trabalhando para isso. Naquele momento, os membros da equipe não tinham conhecimento sobre classificação de alto risco.

Inicialmente, tínhamos apenas poucas gestantes. Eram apenas 11 e, atualmente, são 29, das 34 estimadas pelo CAP para a nossa área de abrangência com um índice de cobertura de 84%. Dessas 29 gestantes, 66% (19) tiveram seu Pré-natal iniciado no 1º Trimestre, 79% (23) estão com consultas em dia, de acordo com calendário do MS, 100% (29) tiveram solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados e realizaram vacina antitetânica, conforme protocolo 72% (21) tomaram vacina contra hepatite b conforme protocolo, 100% (29) tiveram prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, 59% (17) realizaram exame ginecológico por trimestre, 66% (19) receberam avaliação de saúde bucal e 100% (29) receberam orientação para aleitamento exclusivo. Desde o princípio tivemos 4 gestantes de alto risco, sendo que duas delas já tiveram seus filhos: uma delas com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) reagente e outra com doença psiquiátrica, uma depressão muito grave.

O acompanhamento do puerpério que aconteceu na nossa UBS nos últimos 12 meses foi destinado para 31 mulheres e constituíram 63% de cobertura, quando consideradas as estimativas do CAP que indicam que deveríamos ter 49 puérperas. As 100% (31) das puérperas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, receberam orientação sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdome examinado, 52% (16) realizaram exame ginecológico, 68% (21)

tiveram seu estado psíquico avaliado e 35% (11) foram avaliadas quanto às intercorrências.

Acredito que fazer prevenção e tratamento passa a ser um desafio diário dos profissionais de saúde e dos serviços de APS. O controle dos fatores de risco é muito importante para evitar as doenças como câncer de mama e de colo do útero. É necessário que se faça a detecção precoce do câncer, a fim de evitar a mortalidade e as incapacidades. Em nossa UBS são realizadas ações de educação da mulher, realização da prevenção periódica por meio do exame preventivo do câncer do colo uterino, há a orientação sobre o controle do tabagismo, mas não se orienta o uso de preservativos em todas as relações sexuais. Os exames citopatológicos são ofertados para a população da área e de fora da área de abrangência de forma oportuna e organizada, todos os dias da semana e é realizada de forma rotativa, por todas as enfermeiras da UBS. Alguns profissionais como médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ginecologista e ACS aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino.

O tipo de rastreamento do câncer de colo de útero utilizado em nossa UBS é oportunístico e organizado. Não existe protocolo de prevenção do câncer de colo uterino em nossa UBS, mas os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico de colo uterino, os registros são realizados no livro de registros e no formulário especial para citopatológico. Há arquivos específicos para registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados, que costuma ser revisado periodicamente pela enfermeira, com objetivo de identificar mulheres com exames alterados, em atraso, verificar completude de registros e avaliar a qualidade do programa. Realizamos grupos com mulheres no recinto da UBS e outros locais da área de abrangência, com frequência mensal, mas neste momento, estamos trabalhando para aumentar o número de encontros e ampliar as possibilidades de realizar educação em saúde para esses grupos. Destes encontros participam vários profissionais da equipe e do NASF. Na nossa UBS não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de prevenção do câncer de colo uterino.

Para o Programa de prevenção de câncer de colo de útero, temos 93% (451) de cobertura em relação às estimativas do CAP, que calculam que deveríamos ter

487 mulheres na faixa-etária prioritária para esse programa. Para os indicadores de qualidade desse mesmo instrumento, 67% (301) das mulheres de 25 a 64 anos apresentam exames citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 25% (113) estão com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 3% (13) dos exames citopatológico para câncer de colo de útero estão alterados, 41% (187) apresentam avaliação de risco para câncer de colo de útero, 89% (400) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero, 89% (400) receberam orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e 83% (376) dos exames coletados apresentam amostras satisfatórias. Não foi possível saber quantos desses exames coletados apresentaram células da junção escamocolumnar.

No Programa de controle do câncer de mama na nossa UBS, não são realizadas ações para o controle do peso corporal e não são realizadas ações de estímulo à prática regular da atividade física para as mulheres da área de cobertura, mas são realizadas ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama.

As ações de rastreamento do câncer de mama são realizadas na nossa UBS, todos os dias da semana, em todos os turnos e dele participam mulheres de dentro e de fora da área de cobertura. São realizadas pelo médico, enfermeira e esses profissionais, além da auxiliar de enfermagem e o ginecologista aproveitam o contato com a usuária para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. Os tipos de rastreamento que ocorrem em nossa UBS são os oportunistas e organizados. Não dispomos de protocolo de controle do câncer de mama em nossa UBS, mas os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de mama, em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento.

Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no livro de registro e não existe nenhum arquivo específico para o registro dos resultados de mamografias. Na nossa UBS também não existe nenhum profissional que se dedica ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama.

A cobertura do Programa de controle do câncer de mama em nossa UBS, segundo as estimativas do CAP, é de 87% (87), quando deveríamos ter 100

mulheres cadastradas nesse programa. Os indicadores de qualidade comportam-se da seguinte forma: 29% (25) das mulheres têm mamografia em dia, 83% (72) têm mais de 3 meses em atraso na realização da mamografia, 53% (46) apresentam avaliação de risco para câncer de mama e 77% (67) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Em minha equipe, os ACS ainda estão realizando cadastramento de toda a população. Temos quatro áreas no território de abrangência, onde os cadastros estão concluídos e, então, é com essa população, que, provisoriamente, eu poderei trabalhar. Nessas quatro áreas que temos cadastradas, a população acima dos 20 anos é de 1286 usuários e dentre eles, 167 hipertensos e 37 diabéticos, o que significa uma cobertura de 41% na atenção ao hipertenso e 32% na atenção ao diabético, se consideradas as estimativas do CAP.

Os indicadores de qualidade na atenção à hipertensão, para os 167 hipertensos que são cadastrados e acompanhados na UBS, comportam-se assim: 45% (75) apresentam realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 39%(65) apresentam atraso da consulta agendada em mais de 7 dias; 26%(44) estão com exames complementares periódicos em dia; 100% (167) receberam orientação sobre prática de atividade física regular; 100% (167) receberam orientação nutricional para alimentação saudável; 13% (22) estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Nos indicadores de qualidade da atenção ao diabético, para os 37 diabéticos que são cadastrados e acompanhados na UBS, encontramos a seguinte situação: em 57% (21) foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 43% (16) estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias; 35% (13) estão com exames complementares periódicos em dia; 35%(13) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses; 30% (11) foi realizada a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses; 35% (13) foi realizada a medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses; 100% (37) receberam orientação sobre prática de atividade física regular; 100% (37) receberam orientação nutricional para alimentação saudável 24% (9) estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Realizamos consultas todos os dias, com atenção aos portadores de diabetes e hipertensão, de maneira espontânea e de maneira agendada e após a consulta, o adulto com HAS e DM sai da UBS com a próxima consulta programada agendada. Além das consultas programadas para acompanhamento da HAS e DM, existe

demanda e oferta de atendimento para problemas de saúde agudos devido a HAS e DM de dentro e de fora da área de cobertura da UBS, mas não há excesso de demanda. Os profissionais que trabalham com essas ações são: médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliares de enfermagem e de consultório odontológico, assistente social, educador físico, ginecologista, nutricionista, psicólogo. Na nossa UBS, não há protocolos de atendimento para portadores de HAS e DM.

As consultas realizadas são de qualidade, com interrogatório, exame físico, avaliação de exames laboratoriais, que são feitos com muita dificuldade, uma vez que nosso laboratório não funciona e é muito difícil que os usuários desloquem-se para Macapá, lembrando que nossa UBS fica em uma zona distrital de município. Todos os usuários são orientados em suas dietas, na realização de exercícios físicos e na ingestão de medicamentos. As ações desenvolvidas na UBS, no cuidado aos adultos portadores de HAS e DM são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, de problemas de saúde mental, tratamento da obesidade e do sedentarismo.

Realizamos atividades em grupos na UBS, na Associação Amigos de Bairro, nas Igrejas e outros espaços comunitários. Além disso, fazemos planejamento para ações de saúde em áreas distintas de nossa UBS, onde é realizado rastreamento de Diabetes com glicemia de jejum e casual. Nestes eventos também aferimos a pressão arterial de todas as pessoas maiores de 18 anos. Estas ações permitem realizarmos um salto de qualidade e um melhor controle de nossos usuários, que retornam às consultas com bom controle de pressão arterial sistêmica e de glicose. Nossa equipe faz visita domiciliar e encaminhamento dos usuários para nutricionista e psicóloga, profissionais estes, que fazem parte da equipe do NASF.

Na nossa UBS, falta material didático para apoiar as atividades de educação e promoção em saúde.

Falando que a longevidade é, sem dúvida, um triunfo e é função da equipe, obter esse triunfo. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como "um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte" (BRASIL, 2006).

Em minha realidade, na UBS onde trabalho, o Programa de atenção à saúde do idoso é ainda uma meta a ser alcançada, uma vez que o atendimento desse grupo populacional ocorre no mesmo dia em que realizamos o atendimento aos hipertensos e diabéticos. Dessa maneira, temos dificuldades para cumprir a abordagem integral proposta no Caderno de Atenção Básica, com a realização da Avaliação Global da Pessoa Idosa na Atenção Básica, pois nem todos os profissionais estão envolvidos nesse atendimento. São atendidos também idosos de fora da área de cobertura.

Temos cadastrados e acompanhados na UBS, um total de 92 idosos dos 117 que deveríamos ter, segundo as estimativas do CAP, representando 79% de cobertura na Ação da Saúde da Pessoa Idosa. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos dos idosos, porém eles são identificados com uma faixa branca, como demonstra a figura 4, nas pastas das pessoas com mais de 60 anos. Cada micro área tem uma cor das pastas: verde, vermelha, amarela e outras cores.



Figura4- Fotografia do auxiliar de enfermagem demonstrando a identificação da pasta dos idosos na UBS Pedro Barros Monteiro, 2015.

Em nossa equipe, temos a lista dos idosos e o registro das doenças que são portadores. Ainda estamos trabalhando nessa organização. Não foi possível obter os indicadores de qualidade para este programa, visto que ainda não temos os registros necessários desses dados.

Nossa equipe realiza visitas domiciliares aos idosos, fundamentalmente, àqueles que demandam um cuidado diferenciado. Seus registros são realizados em conjunto, pela equipe. Oferecemos orientações às famílias sobre os cuidados, além de atividades educativas. Ainda falta trabalhar muito a parceria com o NASF. Não podemos esquecer a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que é um instrumento valioso e que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Este é só o início de um longo caminho que é necessário trilhar, para obter-se um atendimento de qualidade a esse grupo populacional, mas acreditamos que é possível melhorar e ser alcançado, com a vontade da equipe e dos gestores da saúde. Eu acredito que temos que nos lembrar, baseados no princípio de territorialização, que a Atenção Básica de Saúde é, fundamentalmente, cada equipe, deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão em sua área de abrangência.

Não foi possível encontrar os dados referentes à odontologia de nossa equipe porque nossa odontóloga está em licença desde janeiro. Realizamos uma reunião com o diretor da UBS para que a odontóloga da outra equipe faça os atendimentos de forma organizada e planejada e algumas demandas de nossa equipe. Mesmo sem a presença da odontóloga, a equipe desenvolve ações de promoção de hábitos bucais e de alimentação saudáveis.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Ao realizar a leitura do texto inicial e comparar com o relatório acima, percebi que após a realização da Unidade 1, onde realizamos a Análise Situacional na UBS, proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família, fiquei mais interessada sobre o processo de trabalho da unidade de saúde e da situação de saúde da comunidade adstrita ao serviço, percebendo os pontos positivos e os que devem ser melhorados pela equipe.

A estrutura física da UBS deve melhorar e como falei anteriormente, atualmente ela está em reforma, como mostra a figura 5 e ainda demorará um tempo para ficar pronta. Estamos aguardando com muita expectativa, porque com a UBS ampliada poderemos prestar melhor atenção e cuidados aos usuários. A ausência de alguns profissionais, como os ACS, acaba gerando sobrecarga de trabalho aos que estão na função e dessa forma, tem-se dificuldade para colocar em prática

todas as ações que estudamos durante a Unidade 1 do curso, retardando, portanto, as melhorias no processo de trabalho.



Figura 5- Fotografias da reforma da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.

Acredito que com a contratação desses profissionais vamos conseguir cobrir satisfatoriamente a população.

A Análise Situacional contribuiu para que eu pudesse ter maiores conhecimentos sobre como é proposta e deve funcionar a Atenção Básica e a Saúde da Família no Brasil, seus marcos legais, além de ter tido a oportunidade de aprofundar meus conhecimentos acerca dos protocolos do Ministério da Saúde e do processo de trabalho sugerido pelos Manuais da Atenção Básica. Com todo o detalhamento feito no Relatório da Análise Situacional e por meio dos levantamentos, com a identificação dos indicadores de cobertura e de qualidade da cada ação programática, realizada com o auxílio do CAP, considero que há muitos pontos a serem estudados para adequar a UBS aos requisitos básicos de acordo com os protocolos do MS, tanto para estrutura física quanto para os cuidados ofertados e tenho esperança que no futuro, possamos melhorar a qualidade de vida dessa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são doenças crônicas não transmissíveis que causam muita mortalidade no mundo. No Brasil essas doenças são a principal causa de mortalidade e hospitalizações pelo SUS e são responsáveis por mais de 50% dos diagnósticos primários dos portadores de insuficiência renal crônica, submetidos à diálise. O panorama destas doenças torna-se um grande desafio para a APS, uma vez que estudos comprovam que com o bom manejo destes problemas ainda na Atenção Básica, permitem que sejam evitadas hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013 b).

A opção da escolha da Atenção ao Hipertenso e/ou Diabético para ser implementada na UBS, deve-se ao fato de termos identificado, durante a Análise Situacional, que os indicadores para estas ações apresentam baixa cobertura. Com adesão ao acompanhamento e oferta de ações com qualidade deficientes. Pretende-se **com a intervenção realizada na equipe 13 do município**, ampliar esses indicadores de cobertura para 70% para ambos os Programas, **que pela estimativa da planilha de coleta de dados que será utilizada por nós, hoje apresenta 47,7% para usuários com HAS e 43% para usuários com DM**. Outra razão para tal escolha, diz respeito à alta frequência de consultas da nossa população, em busca de soluções para problemas ocasionados em decorrência dessas doenças. Além dos atendimentos na UBS, realizamos visitas domiciliares e ações de educação em saúde nas casas dos usuários, igrejas e em outros locais da comunidade. Temos os recursos para realizar as consultas, mas nem sempre há a disponibilidade de todos os medicamentos, que são necessários para essas doenças.

As dificuldades que com certeza encontraremos para a realização deste projeto de intervenção devem-se ao fato de termos as áreas descobertas, não termos laboratório funcionando para a realização de exames complementares aos usuários, uma vez que minha UBS está em reforma e a outra UBS, onde os usuários poderiam realizar tais exames, o acesso é difícil, devido à distância. Isto, entretanto, não impedirá a realização da intervenção. Outra limitação a ser considerada, é não termos transporte na UBS, tornando difícil o acesso, fundamentalmente, para os que moram distante. Nesses casos, a única forma que temos de chegar até eles, é com a ajuda do carro da enfermeira. Assim como as outras dificuldades, estas também não impedirão a realização de nossa intervenção, com muito esforço e dedicação.

Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção é o apoio de nossa equipe. Como falei, anteriormente, apesar das três microáreas sem ACS, a equipe, em conjunto, ofertará apoio a todas as áreas descobertas. Para facilitar a impressão das fichas-espelho e de outras folhas que necessitamos, adquiri uma impressora. Temos glicômetro e fitas reativas. Sendo assim, concluo que minha intervenção será um sucesso, uma experiência muita boa e lembrada sempre por todos: nossa equipe e população. À medida que o tempo passa, fico mais contente.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus da UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Ampliar para 70% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta1.2: Ampliar para 70% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Pedro Barros Monteiro, no Município de Macapá, Amapá. Participarão da intervenção 1541 usuários com mais de 20 anos de idade, população esta que será investigada para identificação de HAS e/ou DM. Todos os identificados serão cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM da UBS e receberão atenção de acordo com que está estabelecido nos protocolos, os Cadernos da Atenção Básica número 36 e número 37, publicados em 2013 pelo MS. As ações planejadas para a intervenção serão divididas em quatro eixos temáticos que são: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para realizarmos as ações de **monitoramento e avaliação**, utilizaremos a ficha-espelho (Anexo C) sugerida pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), acrescidas de uma ficha complementar idealizada por mim com dados não encontrados na ficha-espelho (Apêndice A), a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pela UFPel (Anexo B). Paralelamente a isso, criamos arquivos específicos para as fichas-espelho dos portadores de HAS e de DM, para facilitar o controle desses registros. As ações que serão monitoradas estarão registradas na planilha e os dados serão coletados quando o usuário for registrado na planilha. Essa planilha, uma vez abastecida com os dados, gerará automaticamente, em outra aba, as tabelas referentes aos dados e os gráficos dos indicadores de cada ação monitorada.

Organizaremos o registro específico do programa, com ajuda da enfermeira, que revisará o livro de registros identificando, localizando as fichas e transcrevendo os dados disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Nesse momento, faremos o primeiro monitoramento, registrando e anotando o usuário que está apresentando atrasos nas consultas, nos exames, na avaliação de risco etc.

O monitoramento dessas ações será realizado mensalmente, entretanto, semanalmente faremos a revisão das fichas-espelho e planilha, com objetivo de identificar os faltosos e providenciar busca a esses usuários. Semanalmente, também, enviaremos a planilha preenchida com os dados da semana, como tarefa para o Curso de Especialização em Saúde da Família.

As ações que serão monitoradas durante a intervenção são: o número de portadores de hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS, o número de portadores de diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da UBS, a realização de exame clínico apropriado aos usuários com hipertensão, a realização de exame clínico apropriado aos usuários com diabetes, o número de portadores de HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e protocolo adotado na unidade de saúde, o número de portadores de DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e protocolo adotado na unidade de saúde, o acesso aos

medicamentos da Farmácia Popular pelos portadores de HAS, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular pelos portadores de DM.

Monitoraremos ainda a realização de consultas periódicas anuais dos portadores de HAS com o dentista, a realização de consultas periódicas anuais dos portadores de DM com o dentista, o cumprimento da periodicidade das consultas médicas previstas no protocolo, isto é, que as consultas odontológicas estejam em dia para portadores de HAS, o cumprimento da periodicidade das consultas médicas previstas no protocolo, consultas em dia, para portadores de DM, a qualidade dos registros de usuários com HAS, acompanhados na UBS, a qualidade dos registros de usuários com DM, acompanhados na UBS, o número de portadores de HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, o número de portadores de DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Finalmente, monitoraremos a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS, a realização de orientação nutricional aos usuários com DM, a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS, a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com DM, a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos portadores de HAS, a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos portadores de DM, a realização de orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos portadores de HAS, a realização de orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos portadores de DM.

Para dar cumprimento às metas propostas no projeto, realizaremos ações do **eixo de organização e gestão do serviço** e garantiremos o registro dos portadores de HAS e/ou de DM cadastrados no Programa. Estes registros estarão organizados por cores que estão vinculadas à residência do usuário nas microáreas da área de abrangência da UBS. Além disso, realizaremos um registro em caderno que identificará, também por meio de cores, constará um controle por usuário, onde estará exposta a data de cada consulta, se foi feita ou não, o controle dos exames e o cumprimento ou não do tratamento.

Melhoraremos o acolhimento para os portadores de HAS e DM. Nossa equipe está comprometida com nosso trabalho por isso cada usuário enviado da comunidade com HAS e DM receberá a informação correta sobre as consultas e sobre o correto seguimento de suas doenças crônicas. Para todo usuário maior que

18 anos que chegar à UBS, de forma agendada ou espontânea, a técnica de enfermagem realizará a medida da pressão arterial, pesará o usuário, medirá sua altura, a circunferência abdominal, além de medir sua glicemia capilar. Caso encontre alguma irregularidade, notificará a enfermeira ou a médica.

Para os usuários com risco para diabetes, realizar-se-á o hemoglicoteste e se forem verificados resultados acima de 220 mg /dl , será avaliado no momento para agilizar a consulta e o tratamento das intercorrências. Os portadores de HAS e de DM que buscarem consultas de rotina, terão prioridade no agendamento e deverá acontecer em menos de 72 horas. Além disso, a enfermeira realizará indicações segundo o protocolo, avaliará risco cardiovascular, solicitará exames e os usuários sairão da UBS com próxima consulta agendada, dependendo da avaliação de risco. O atendimento será feito a qualquer dia da semana, mais preferentemente nas quartas-feiras no período da manhã e tarde.

Garantiremos material adequado para a tomada da medida de pressão arterial, como esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica na unidade de saúde. Neste momento contamos com fita métrica e esfigmomanômetro e solicitaremos à Secretaria Municipal de Saúde, uma maior quantidade, para podermos contar com material disponível.

A nossa equipe trabalha com funções e atribuições definidas desde o ACS até a médica no exame clínico de hipertensos e diabéticos. Todos juntos cumprimos nossos compromissos frente ao usuário. Os ACS encaminharão o usuário para a consulta, os técnicos de enfermagem farão a triagem inicial e de consultório, a enfermeira e a médica farão as consultas e solicitarão os exames complementares, encaminhamento para avaliação na odontologia. O usuário sairá da consulta com o retorno agendado.

Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, os Cadernos da Atenção Básica, Estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas número 36, sobre DM e número 37 sobre HAS, publicados em 2013 pelo MS. Organizaremos diferentes capacitações ao pessoal de nossa equipe, onde incluiremos os temas relacionados de forma que cada membro da equipe tenha os maiores conhecimentos acerca dessas doenças. As aulas terão aspectos teóricos e práticos e a parte teórica poderá ter como apoio o PowerPoint, cartazes, fluxograma, dependendo da nossa possibilidade.

Dispostemos de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde, referente ao ano de 2013. Os protocolos serão impressos com uma impressora pessoal e serão colocados em cada consultório e na sala de espera. Além disso, fixaremos no mural um fluxograma atual de seguimento, de forma que cada usuário saiba como pode ser seu seguimento.

Garantiremos a solicitação dos exames complementares e conversaremos com os gestores municipais sobre a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Neste momento não contamos com laboratório em nossa unidade de saúde, porque a UBS está em reforma e, então, solicitaremos que os nossos usuários possam fazer esses exames nas unidades mais próximas, enquanto não fica pronto o laboratório da nossa UBS ou no Hospital Geral de Macapá.

Estabeleceremos sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Em nosso arquivo teremos as fichas-espelho com os exames anexados, que serão revisados semanalmente. Os registros serão realizados em um caderno e os usuários que apresentarem os exames em atraso serão identificados pela cor e, então, informaremos ao seu ACS, para que o usuário seja visitado com prioridade e venha à unidade de saúde para providenciarmos seus exames.

Realizaremos controle de estoque, incluindo validade de medicamentos. A farmacêutica terá um controle dos medicamentos e verificará as validades, sendo que excluirá da farmácia os que estiverem vencidos, fornecendo aos usuários os que estiverem dentro da validade. O planejamento para a solicitação dos medicamentos à Secretaria Municipal da Saúde será realizado pela equipe e farmacêutica, de forma que os fármacos mais utilizados por nossos usuários estejam presentes na UBS.

Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Nesse registro dispostemos de uma tabela com os medicamentos segundo a dosagem e a frequência que deverão ser administradas ao dia, conforme demonstra a figura 6. Separaremos esta lista por microárea, para permitir um melhor controle.

MEDICAMENTOS

	Tipo e dosagem	Quantidade de comprimidos por dia				
		½ comp	1comp	2comp	3comp	4comp
	Hidroclorotiazida 25 mg					
	Captopril 25 mg					
	Metformina 850 mg					
	Outros					

Figura 6- Quadro demonstrativo da lista de medicamentos.

Organizaremos a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos portadores de HAS e de DM. Neste momento não contamos com odontóloga, mais contaremos com ajuda da odontóloga da outra equipe. Entregaremos a relação dos usuários com HAS e DM com o controle das consultas, de forma que sejamos informados sobre o seu cumprimento.

Estabeleceremos prioridades de atendimento, considerando a classificação do risco odontológico. Para a consulta, os atendimentos serão priorizados de acordo com o nível do risco de cada usuário. Esta programação será feita por nossa equipe, mas esperamos poder contar com o odontólogo da outra equipe.

Demandaremos, junto ao gestor, oferta de consultas com dentista para estes usuários. Em conjunto com o diretor da UBS, em reunião mensal, será estabelecida a programação de consultas odontológicas para cada equipe.

Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos. Primeiramente, conheceremos os faltosos, a fim de que possamos informar a todos os ACS, quais são os da sua área, para que eles possam verificar a causa da ausência e remarquem uma consulta agendada. Se houver dificuldades, será feita uma visita em seu domicílio, para fazer o controle da situação.

Organizaremos a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos, provenientes das buscas domiciliares. Cada um dos ACS têm a possibilidade de agendar três vagas semanais para consultas de seus usuários, lembrando que usuários das áreas descobertas acessarão a UBS e também precisam de atendimento.

Manteremos as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas. As informações da atenção básica serão mantidas pelo mecanismo estabelecido pelo SUS que, por enquanto, é de forma escrita, entretanto, esse trabalho será informatizado no município.

Implantaremos planilha/registro específico de acompanhamento para que, especialmente, as ações que serão implementadas pela intervenção, sejam monitoradas, por meio da aba dos indicadores e gráficos da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo Curso de Especialização da UFPel.

Pactuaremos com a equipe o registro das informações. Este registro será revisado e analisado semanalmente nas reuniões da equipe. Definiremos que a enfermeira será responsável pelo monitoramento dos registros e eu, como médica, colaborarei com o trabalho, uma vez que deverei apresentar esses registros, semanalmente, como tarefa para o curso de especialização do qual faço parte.

Como falei anteriormente, organizaremos um sistema de registro em cadernos para usuários hipertensos e diabéticos que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Este registro será feito em um caderno e identificado por cores, conforme demonstra a figura 7, de acordo com a situação e risco do usuário. Os registros de cor vermelha para os usuários que não vêm à consulta, não fazem exame e têm risco de comprometimento de órgãos alvo. A cor laranja será usada para aqueles que vêm à consulta, fazem exames e têm risco de comprometimento de órgãos alvos. A cor verde será destinada para aqueles que frequentam as consultas e não têm comprometimento de órgãos alvos. Para a atualização desses registros, os arquivos específicos deverão ser revisados semanalmente.

Maria da Silva
Pedro Costas
Raimunda de Almeida

Figura 7. Exemplo de registro realizado na UBS para identificação do risco do usuário.

Priorizaremos o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Esses usuários terão um atendimento priorizado, tanto no agendamento das consultas como nas visitas nos domicílios. Organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda, de forma programada e continuada.

Organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável. Antes de cada consulta, será ofertada ao usuário, uma palestra sobre prática da alimentação

saudável, com alguns preceitos simples que cheguem a eles. Esta atividade contará com o apoio da nutricionista do NASF, que trabalha na UBS. Solicitaremos ao gestor a participação dessa profissional.

Organizaremos práticas coletivas para orientação de atividade física. Esta atividade será realizada duas vezes por semana e contará com o apoio do educador físico, e isto já foi acertado com o gestor.

Demandaremos junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento destinado ao "abandono ao tabagismo". A capacitação da médica foi realizada sobre este tema e, neste momento, estamos com um projeto sobre o incentivo ao abandono do tabagismo no nosso município, para a execução desta importante tarefa.

Organizaremos a prática coletiva para orientações sobre cuidados com a saúde bucal. De igual forma, antes de cada consulta, será feita a prática coletiva onde incluiremos temas relacionados com a saúde bucal, entretanto, por enquanto ainda não temos um odontólogo, em nossa equipe.

Demandaremos junto ao gestor a possibilidade de aquisição de macro modelos odontológicos e kits de higiene bucal. Esta solicitação será feita, por escrito, ao gestor.

Para dar cumprimento às metas propostas no projeto, realizaremos ações no **eixo de engajamento público** que serão realizadas por meio de palestras na UBS e em locais da comunidade. Antes de cada consulta, será ofertada ao usuário, uma palestra sobre os assuntos abaixo, com preceitos simples, para que seja compreendido por eles. Toda a equipe participará desse trabalho e serão convidados os profissionais do NASF como nutricionista, educador físico e psicólogo, além da equipe de saúde bucal para abordar os assuntos da sua especialidade. Estaremos atentos para que em nossas ações de engajamento público, abordemos todos os temas de importância para a intervenção e a cada evento, registraremos num caderno o tema, quais foram os profissionais responsáveis e o nome de todos os participantes, com identificação se estão ou não cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM. Dessa forma, será possível monitorar os usuários que receberam essa atenção.

Informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde, e para isso, faremos contato com os líderes da comunidade, das igrejas e apresentaremos a eles o projeto, falando sobre a

importância das consultas destas doenças e as facilidades para realizá-las na UBS. Aproveitaremos a oportunidade para esclarecer sobre a prioridade dos atendimentos deste grupo populacional e seu acompanhamento regular, informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, orientaremos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Dentro da proposta inicial, orientaremos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, orientaremos os usuários e a comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e a sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente, orientaremos aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, orientaremos os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e orientaremos aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários com HAS e DM terem acesso aos medicamentos disponíveis na Farmácia Popular ou possíveis alternativas para essa obtenção.

Buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, mobilizaremos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais, a garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Informaremos a comunidade sobre a importância da realização das consultas e ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou DM, especialmente, se houver número excessivo de faltosos.

Nessas ocasiões, durante estas atividades, esclareceremos aos usuários com HAS, DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e o acesso à segunda via, quando necessário. Esclareceremos também à comunidade, sobre a importância do acompanhamento regular dos portadores dessas doenças e da ciência do nível de risco das doenças, que deverá ser conhecido pelo portador de HAS e/ou DM e seus familiares. Orientaremos a comunidade sobre a importância do adequado controle de fatores de riscos

modificáveis, como alimentação, para a qual destinaremos orientações sobre a importância da alimentação saudável, auxiliados pela nutricionista do NASF.

Nessas palestras também serão enfatizadas a importância da prática de atividade física regular. Sendo assim, orientaremos usuários com HAS e/ou DM e a comunidade, auxiliados pelo educador físico, sobre essas práticas e organizaremos encontros para esse público, duas vezes por semana, num espaço próximo à UBS, onde poderão exercitar-se sob a orientação do educador físico em caminhadas ou eventos esportivos.

Orientaremos os usuários com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e estas ações serão realizadas por mim, uma vez que realizei curso de capacitação sobre o tema. A psicóloga do NASF também será convidada para participar destes encontros. Para orientar portadores de HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal, convidaremos os membros da nossa equipe da saúde bucal e o dentista da outra equipe.

Para cumprirmos as metas do projeto, realizaremos também ações no **eixo de qualificação da prática clínica** e para isso realizaremos capacitação da equipe, em 06 sessões, com duração de uma hora por semana e delas participarão toda a nossa equipe. Serão convidados os profissionais do NASF como a nutricionista, o educador físico e a psicóloga, além da equipe de saúde bucal para colaborar com a nossa capacitação, nos assuntos que envolvam as suas especialidades. A farmacêutica também será convidada. Esses encontros serão realizados na sala de reuniões ou em outros locais, lembrando-se que nossa UBS ainda está em reforma.

Como falei acima, as aulas terão aspectos teóricos e práticos e a parte teórica poderá ter como apoio o PowerPoint, cartazes, fluxograma, dependendo da nossa possibilidade. Sempre que possível, aproveitaremos o material disponível na UBS como fichas, planilhas, instrumental e equipamentos, para fazer a parte prática da capacitação. Como todos os membros da equipe deverão participar da capacitação, não só como aprendizes, mas também como orientadores e pelo fato de que posteriormente deverão repassar tais conhecimentos aos usuários e comunidade, capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Nesses encontros capacitaremos os ACS para o cadastramento de portadores de HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde e para isso,

faremos a demonstração e orientaremos o preenchimento da ficha utilizada para esse fim.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, realizaremos abordagens teóricas e práticas, onde os membros da equipe que estarão envolvidos nesse trabalho serão treinados e um medirá a pressão arterial do outro, até que todos estejam seguros. Para capacitar a equipe para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, faremos orientações teóricas e um treinamento prático, onde os colegas poderão ser avaliados. Para capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, usaremos um roteiro para criar uma sistematização, de forma a memorizar a importância acerca desses exames. Poderá ser utilizado um manequim para realizar essa orientação.

A equipe deverá seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e para que todos tenham esse conhecimento, realizaremos um quadro, que poderá ser um cartaz, com os exames que deverão ser solicitados, de acordo com o protocolo. Como é de grande importância que a equipe disponha de conhecimentos a respeito das doenças, uma vez que são agentes multiplicadores na UBS e na comunidade, realizaremos atualização do profissional no tratamento da HAS e do DM, de acordo com os protocolos de 2013, que estarão disponíveis na UBS. Realizaremos orientações para a equipe, com intuito de que, futuramente, possam informar aos usuários sobre as alternativas para a obtenção do acesso a medicamentos da Farmácia Popular para tratar HAS e DM. Com o auxílio da equipe da odontologia, capacitaremos a equipe sobre as questões fundamentais para a avaliação e tratamento bucal dos usuários com HAS e /ou DM.

Treinaremos os ACS para a orientação de portadores de HAS e de DM quanto à realização de consultas e sua periodicidade. Para facilitar a fixação destes temas pelos ACS, elaboraremos cartazes esclarecendo a periodicidade das consultas e faremos cópias em tamanho reduzido para que os ACS possam levar essas informações às comunidades, onde atuam. Para treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário com HAS e DM e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, faremos a demonstração e cada um preencherá, pelo menos, uma ficha-

espelho e fará registro em cópias de papel da planilha de coleta de dados eletrônica disponibilizada pela UFPel.

Capacitaremos teoricamente a equipe para a realização da estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo. Conversaremos e compactuaremos com a equipe a respeito da importância do registro desta avaliação. Capacitaremos a equipe, quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, com ênfase em itens como alimentação e prática de exercícios físicos regulares e para esses encontros, serão convidados a nutricionista e o educador físico, uma vez que são especialistas nesses assuntos.

Aproveitaremos a oportunidade para realizar orientações para a equipe acerca das especificidades em relação às possibilidades de tratamento de tabagistas. Convidaremos o dentista para colaborar conosco na capacitação da equipe sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal do portador de HAS e/ou DM.

2.3.2 Indicadores

Relativa ao Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e /ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4 Garantir a 100% diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e /ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativa ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 4.2. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde c

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção no Programa de atenção a hipertensos e diabéticos na UBS **Pedro Barros Monteiro, localizada em Macapá, estado do Amapá**, terá como objetivo melhorar a atenção e os cuidados destinados aos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência e utilizará como Protocolos de HAS e DM do MS, os Cadernos da Atenção Básica número 36 e número 37, publicados no ano de 2013. Dispostos de versão atualizada desses protocolos impressos na unidade de saúde. Os protocolos serão impressos com uma impressora pessoal e serão colocados em cada consultório e na sala de espera. Além disso, fixaremos no mural um fluxograma atual de seguimento, de forma que cada usuário saiba como pode ser seu seguimento.

Antes de darmos início à intervenção, a enfermeira fará um levantamento de todos os usuários com HAS e/ou DM que já são cadastrados na nossa área de abrangência, faremos a transferência dos dados desses usuários dos prontuários para as fichas-espelho, que será realizado pela enfermeira e colocaremos essas

fichas nos arquivos específicos criados por nós, que estão separados por microárea e cada uma delas por uma cor diferente que as identificam. Manteremos um caderno para usuários com DM e HAS com um registro desses usuários onde anotaremos os dados encontrados. Identificaremos os usuários com atrasos segundo protocolo em consultas, exames complementares, realização de estratificação de risco e a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença e a responsável será a médica. Neste momento, teremos ciência dos usuários com atrasos e se for necessário, iniciaremos sua busca ativa.

Para cada microárea será atribuída uma cor. Teremos um sistema de registro em um caderno, com identificação de cores que contribuirá para a identificação dos atrasos segundo protocolo em consultas, exames complementares, realização de estratificação de risco e a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença e a responsável será a médica. Todos os cadastrados no programa terão preenchidas as fichas-espelho disponibilizadas pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (Anexo C), assim como uma ficha complementar, desenvolvida por mim (Apêndice A), a fim de facilitar o acompanhamento do usuário, pois contém dados não existentes na ficha-espelho, como o registro da condição da saúde bucal do usuário com HAS e/ou DM e o registro de gênero dos cadastrados.

Cada usuário cadastrado será registrado também numa planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), também disponibilizada pelo curso, que contém várias abas para a coleta de dados, referentes aos meses da intervenção e uma aba que calcula automaticamente os dados e apresenta as tabelas e os gráficos, referentes aos indicadores da intervenção. Por meio desta planilha faremos o monitoramento mensal das ações da intervenção. A responsável por esta ação é a enfermeira, mas será acompanhada pela médica e ambas compartilharão com a equipe nas reuniões de capacitação ou da equipe.

A médica como a responsável pela equipe solicitará ao gestor o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial, como esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica, em maior quantidade para a UBS. Solicitaremos ainda, glicômetro, balança para auxiliar nas aulas de capacitação. Por nossa iniciativa própria, forneceremos papel branco, canetas e elaboraremos cartazes para

esclarecer as informações à comunidade. Esperamos ser atendidos para podermos realizar uma intervenção com ótima qualidade e, dada a importância, acredito que disponibilizarão os materiais para podermos realizar um trabalho bonito e frutífero.

Como nossa equipe tem as atribuições definidas, desde os ACS até a médica, todos juntos, cumprimos as nossas funções. Os ACS encaminharão o usuário para a consulta, os técnicos de enfermagem farão a triagem inicial e de consultório, a enfermeira e a médica farão as consultas, os encaminhamentos para a realização de exames complementares, avaliações odontológicas e outras que se fizerem necessárias, dependendo das necessidades do usuário. Todos sairão com a próxima consulta agendada.

Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos citados acima e as capacitações serão realizadas na sala de reuniões da UBS. Faremos diferentes capacitações ao pessoal de nossa equipe. As aulas terão aspectos teóricos e práticos e a parte teórica será feita pela médica que será a responsável pela ação e por outros profissionais convidados e utilizarão, como apoio, o PowerPoint, cartazes, fluxograma, dependendo das possibilidades.

Para garantir a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, conversaremos com os gestores municipais sobre essa necessidade. Estamos sem laboratório na UBS, motivo pelo qual os usuários deverão ser encaminhados para uma UBS próxima ou para o Hospital Geral de Macapá.

Para que seja possível o acesso às medicações da Farmácia da unidade faremos uma lista dos medicamentos necessários, junto à farmacêutica da UBS e esta lista será atualizada mensalmente.

Como nossa UBS está em reforma realizaremos nossas palestras de divulgação da intervenção nas comunidades onde formos realizar as visitas domiciliares. Contataremos os líderes informais e as Igrejas da nossa área de abrangência para ajudarem na divulgação da intervenção.

3 Relatório da Intervenção

Antes de dar início ao relato sobre a Intervenção realizada na UBS Pedro Barros Monteiro, em Macapá, AP, gostaria de esclarecer que nossa intervenção foi programada para ser realizada em 16 semanas, entretanto, devido à mudança no calendário do curso, pudemos cumprir apenas 12 semanas. Outro dado muito importante para ser relatado é que estamos sem enfermeira, desde o início da intervenção, assim como permanecemos sem os 3 ACS e para dar cumprimento às ações programadas, fizemos alguns ajustes na equipe e cada auxiliar de enfermagem ficou responsável por acompanhar um ACS, uma vez que agora temos 4 auxiliares de enfermagem.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No eixo de **monitoramento e avaliação**, para monitorar o cumprimento das ações, foi instituída a utilização de registros em ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados para cada usuário cadastrado no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde. Foram confeccionados arquivos específicos para hipertensos e diabéticos, os quais foram revisados semanalmente. Como explicado no item sobre as ações da metodologia da Análise Estratégica, os arquivos específicos foram organizados por microárea e por cor, como demonstrado na figura 8, sendo que para cada microárea, o arquivo destinado às fichas, apresentou uma cor específica. Em cada arquivo foram dispostas as fichas-espelho dos portadores de HAS e DM, na data em que estes usuários deviam ser retornar às consultas na UBS.



Figura 8. Fotografia dos arquivos específicos separados por cores para as diferentes microáreas na UBS Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.

Para que o trabalho fosse mais organizado, durante a intervenção e agora, em sua continuidade, foram feitos registros dos dados diários num livro e, semanalmente, transferimos esses dados para as fichas-espelho e para a planilha eletrônica de coleta de dados. Essa ação não foi planejada, mas foi e está sendo importante para a nossa realidade, pela falta dos profissionais.

Todas as ações planejadas no projeto de intervenção foram monitoradas. São elas: o número de portadores de HAS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde, o número de portadores de DM cadastrados no Programa de Atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde, a realização de exame clínico apropriado para portadores de HAS, a realização de exame clínico apropriado para portadores de DM, o número de portadores de HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e protocolo adotado na unidade de saúde, o número de portadores de DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada e protocolo adotado na unidade de saúde, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular aos portadores de HAS e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular aos portadores de DM, a realização de consultas periódicas anuais dos portadores de HAS com o dentista, a realização de consultas periódicas anuais dos portadores de DM com o dentista.

Monitorou-se ainda o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para portadores de HAS, cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo para portadores de DM, a qualidade dos registros de portadores de HAS acompanhados na unidade de saúde, a qualidade dos registros de portadores de DM acompanhados na unidade de saúde, o número de portadores de HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, o número de portadores de DM com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Foi monitorada também a realização de orientação nutricional aos portadores de HAS, a realização de orientação nutricional aos portadores de DM, a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS, a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com DM, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos portadores de HAS, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos portadores de DM, a realização de orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos usuários com HAS e a realização de orientação sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos usuários com DM.

Nas ações de **organização e gestão de serviço** postas em prática, foram garantidos os registros dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa, melhorando o acolhimento dessa população, de acordo com o que está estabelecido em protocolo e foi orientado nas capacitações de toda a equipe. Foi garantido também o material para a adequada tomada da medida da pressão arterial como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica para realizar as medidas e aparelhos para a realização de hemoglicoteste nos exames investigativos para os portadores de HAS e/ou DM. Antes do início da intervenção tínhamos apenas um aparelho em nossa equipe e por solicitação aos gestores, foram obtidos outros dois, o que favoreceu a realização das ações, como as visitas domiciliares e as buscas ativas realizadas para usuários pertencentes aos grupos de risco. Atualmente, os três aparelhos permanecem em nossa unidade.

Foram definidas as atribuições aos profissionais no exame clínico apropriado aos portadores de HAS e/ou DM, mas tivemos e ainda temos a falta de 3 ACS e da enfermeira. Para suprir esses desfalques, organizamos um sistema em que cada técnico de enfermagem trabalha em parceria com um ACS. Dessa forma, dividimos o trabalho por área em nossa comunidade e também conseguimos realizar algumas

ações nas áreas descobertas. A equipe completa é fundamental, mas enquanto isso não acontece, uma das técnicas de enfermagem, que é muito dedicada, colaborou para que o sistema de alerta ficasse sempre organizado e fosse revisado. Pudemos contar com uma versão impressa e atualizada do protocolo na unidade de saúde para que não existissem erros durante a capacitação e na prática das ações previstas no projeto da intervenção. Garantiu-se a solicitação dos exames complementares, mas como nossa UBS estava e permanece em reforma, os usuários fizeram os exames em outras unidades. Dentro das possibilidades, garantimos a agilidade para a realização desses exames complementares definidos no protocolo, mas a nossa Unidade fica longe do município de Macapá, pois se localiza em zona distrital e foi bem difícil o acesso aos locais para a realização dos exames. Os usuários esforçaram-se bastante para a realização desses exames, mas nem todos conseguiram realizá-los.

Como citei acima, foram criados sistemas de alerta para os exames complementares preconizados, e colocamos as fichas-espelho na data do retorno da consulta do usuário no arquivo específico, identificado por cores. Fizemos controle dos medicamentos em nossa Unidade, mas ainda assim, o estoque foi insuficiente e devido a isso, os usuários foram buscá-los nas farmácias populares. Acredito que nossa UBS deveria dispor de quantidades suficientes, uma vez que temos enviado um registro das necessidades de medicamentos para os portadores de HAS e/ou DM cadastrados, para a Secretaria Municipal de Saúde. Alguns medicamentos, como a Losartana de 50 mg, tiveram abastecimento regular na UBS.

Organizou-se a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao portador de HAS e/ou DM, sendo estabelecidas as prioridades de atendimento, de acordo com a classificação do risco odontológico. Foi proposto também um cronograma pela odontóloga, mas não foi possível cumpri-lo da forma como foi planejado. Essa ação foi cumprida com qualidade, mas parcialmente. Ainda continuamos apresentando muita dificuldade em seu cumprimento, visto que temos apenas uma dentista para as 3 equipes da UBS. Foi feita solicitação aos gestores de oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Foram organizadas semanalmente as visitas domiciliares, como demonstra a figura 9, para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os portadores de HAS e/ou DM, provenientes dessas buscas domiciliares. Todos os ACS tiveram a possibilidade de agendar três vagas semanais para as consultas de seus usuários.

Os usuários das áreas descobertas também foram incluídos no programa e passaram a ter suas fichas- espelho e em suas consultas foram acompanhados e monitorados. Os dados do SIAB foram atualizados, implantou-se a planilha de registro específico de acompanhamento e foi pactuado com a equipe, o registro das informações. O monitoramento dos registros foi realizado por mim e pela técnica de enfermagem.



Figura 9- Fotografia de visita domiciliar realizada pela equipe da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.

Os registros dos usuários foram realizados em um caderno que viabilizou a identificação de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação das doenças com diferentes cores. Isso foi possível com a revisão do arquivo específico semanal. Os critérios acima foram utilizados na priorização no atendimento dos portadores de HAS e/ou DM, avaliados como de alto risco. A agenda para o atendimento desta demanda foi organizada e eles não tiveram dificuldades para realizar as consultas.

As práticas coletivas ou individuais sobre alimentação saudável foram organizadas e tivemos a colaboração da nutricionista do NASF nesta atividade. Foram organizadas práticas coletivas para orientação de atividade física e tivemos a participação de educadores físicos nesta atividade. Foram organizadas também atividades sobre os riscos do tabagismo, pelas quais fui responsável, uma vez que realizei um curso de capacitação acerca desse tema. Realizou-se ainda a prática coletiva para orientações dos cuidados com a saúde bucal. Para isso, os nossos ACS participaram de uma atualização de práticas coletivas e individuais de saúde bucal que foi muito importante, porque foi uma possibilidade a mais para a orientação da população, mas para nossa equipe seria necessário adquirir macros modelos odontológicos e kits de higiene bucal.

Para dar cumprimento às ações de **engajamento público**, proferimos palestras em locais onde realizamos as consultas, nas comunidades dentro da área adstrita e em visitas domiciliares, existem casas onde moram até três ou quatro hipertensos ou diabéticos e, então, aproveitamos a oportunidade para realizar as orientações. A população foi informada sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e ao DM na unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg (ou por critério de risco), sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM.

Os portadores de HAS e/ou DM e a comunidade também foram orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os cuidados dos pés, fundamentalmente em diabéticos, com a verificação dos pulsos e da sensibilidade de extremidades, que devem ser avaliadas periodicamente.

Orientou-se portadores de HAS e/ou DM, seus familiares e comunidade, de forma individual ou coletiva, quanto à necessidade de realização de exames complementares em dia, com periodicidades estabelecidas em protocolo, orientamos os usuários com HAS e/ou com DM e a comunidade quanto ao direito do usuário de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular. Como foi explicado nas ações de organização e gestão do serviço, tivemos dificuldades, que estão sendo controladas, com o fornecimento desses medicamentos na UBS, portanto, fizemos recomendação para que utilizassem os medicamentos da Farmácia Popular,

entretanto, não deixou de ser complicado, porque nossa área de abrangência é afastada do centro da cidade e não pudemos dispor de alternativas para recomendar aos usuários. Mobilizamos a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilização do atendimento com dentista para a avaliação da necessidade de tratamento odontológico e para a realização de tratamento, contudo, tivemos uma dentista para várias equipes, o que não permitiu que cumpríssemos essa meta como pretendíamos.

Todos os portadores de HAS e/ou DM e a comunidade foram esclarecidos sobre a importância da realização das consultas e sobre a periodicidade recomendada em protocolo, com a participação de toda nossa equipe, fundamentalmente os ACS e os líderes comunitários, como demonstra a figura 10. Todos os portadores de HAS e/ou DM e comunidade foram orientados sobre o direito, em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, quando for necessária. Esses usuários foram orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Toda comunidade, os portadores de HAS e/ou DM foram orientados com bastante ênfase, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como fazer uso de alimentação saudável e adequada, por exemplo. Foram orientados também, sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, de forma individual e coletiva.



Figura 10- Fotografia de ações na comunidade realizadas pela equipe da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.

No nosso Estado existe um projeto sobre "abandono ao tabagismo" e iremos inserí-lo na nossa UBS quando estiver concluída a reforma da mesma, pois neste momento não é possível por falta de espaço, entretanto, a equipe responsável pelo projeto do estado e do município estão cientes sobre a nossa disposição de iniciar assim que tivermos as condições físicas necessárias. Além disso, orientamos usuários com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal, realizadas por toda a equipe e auxiliados pelos ACS que foram capacitados para contribuir com esta ação.

Para a **qualificação da prática clínica**, foram realizadas ações que visaram capacitar a equipe e ACS para ofertar informações, atenção e cuidados para os portadores de HAS e/ou DM, seus familiares e comunidade. Para isso foram realizados encontros na UBS e capacitou-se os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitamos a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Toda a equipe foi capacitada para a realização de exame clínico apropriado.

Capacitou-se a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde, os Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37, para a solicitação de exames complementares e realização das consultas, com as periodicidades recomendadas. Os profissionais foram atualizados no tratamento da HAS e DM, como demonstrado na figura 11, assim como a equipe foi orientada para informar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos para HAS e DM disponíveis na UBS ou na Farmácia Popular.



Figura 11- Fotografia da capacitação da equipe da UBS Pedro Barros Monteiro em Macapá, AP, 2015.

Treinou-se a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do portador de HAS e/ou DM, orientando-os para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A equipe foi capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham, que é recomendado pelo protocolo e é bem simples de realizar, visto que tem por base a atribuição de pontos às variáveis que podem estar presentes ou não no usuário. Nesse escore considera-se sexo, idade, tabagismo, diabetes Mellitus, colesterol total, pressão arterial sistólica, pressão arterial diastólica, entre outros fatores. Este escore mede o risco de uma pessoa apresentar angina, infarto do miocárdio ou morrer de doença cardíaca em 10 anos. Todos foram orientados também sobre lesões em órgãos alvo e capacitados para a importância do registro destas avaliações. Todos foram orientados para realizar o registro das estratificações de risco.

Capacitou-se a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, sobre a importância da alimentação saudável, da prática regular de exercícios físicos e para realizar essas ações tivemos a colaboração da nutricionista do NASF e do educador físico. Todos os membros da equipe foram orientados ainda sobre os riscos do tabagismo e sobre a existência de tratamento adequado para a eliminação do hábito do tabaco. Capacitamos a equipe sobre a importância da

higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal do hipertenso e do diabético. A equipe, em especial os ACS foram treinados para a orientação do usuário com HAS e/ou DM, no que diz respeito à saúde bucal. Foram feitas orientações sobre como deveriam ser trabalhadas as metodologias de educação em saúde, considerando o conhecimento do usuário e tentando mostrar os temas, dentro da realidade vivida por eles, tentando respeitar os hábitos culturais e o nível de compreensão da população sobre os assuntos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma ação deixou de ser realizada nestas doze semanas da intervenção, apesar de apresentarmos algumas dificuldades. Ficar sem enfermeira desde fevereiro, porque inicialmente ela estava em férias e depois decidiu que não poderia voltar ao trabalho por problemas particulares, constituiu um sério problema, mas em momento algum pensamos em interromper a intervenção, porque os obstáculos existem, mas podem ser superados. Outro problema existente é não termos laboratório, uma vez que nossa UBS esteve e continua em reforma, entretanto os usuários compreenderam a importância dos exames complementares em dia e fizeram o possível para fazer estes exames em outras unidades de saúde.

Outra dificuldade que esteve presente foi a falta de ACS, entretanto, os que estiveram presentes foram muito dedicados à intervenção, portanto, também não constituiu obstáculo.

A falta de disponibilização de tempo da odontóloga para realizar o trabalho constituiu uma dificuldade, mas para termos um melhor controle da situação, continuamos marcando no livro quem foi avaliado pelo dentista. Os usuários foram questionados por nós, a fim de conhecermos a sua percepção da necessidade de tratamento odontológico, entretanto, sabemos que é muito importante a avaliação de um odontólogo, sendo que existem doenças bucais que não causam dor, mas requerem tratamento. Fizemos orientação em cada consulta, sobre a higiene bucal e sobre a higiene das próteses.

Não foi necessário orientar os usuários sobre o excessivo número de faltas às consultas, porque em nossa comunidade não temos número excessivo de faltosos. Alguns apresentam atrasos. É uma comunidade de poucos recursos, que necessita de nossos atendimentos.

As ações previstas no projeto, em minha opinião, não apresentam dificuldade para que venham fazer parte da rotina da UBS, porque contribuem com o trabalho mais organizado, com maior qualidade e favorecem dessa maneira, com a melhoria dos indicadores investigados nestes usuários.

Temos como meta, superar as dificuldades, oferecendo atenção e atendimento clínico de qualidade ao usuário. Pretendemos também realizar a capacitação constante da equipe. Na continuidade da intervenção, estamos mais fortalecidos e eu acredito que o trabalho será ainda melhor.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a intervenção não apresentamos nenhuma dificuldade com as fichas-espelho e com a planilha de coleta e sistematização dos dados. Sempre deu tudo certo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Eu acredito que depois da intervenção, o trabalho deve continuar e vamos incrementar as ações para chegar a todos os usuários, sobretudo aos moradores das áreas descobertas. Também devemos incrementar as ações com outras doenças crônicas para que desta forma, possamos melhorar a qualidade da saúde da população. Apesar das dificuldades, ficamos mais fortalecidos como equipe, devemos continuar trabalhando, mas foi uma experiência agradável.

Gostaria de lembrar que não importa o local onde são ofertados a atenção e os cuidados, o que importa é a nossa qualidade de atendimento e acreditamos que, quando estamos felizes, os usuários ficam mais felizes ainda.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

No início da intervenção tínhamos 167 hipertensos cadastrados na UBS, com cobertura de 47,7% e 37 diabéticos, com cobertura de 43%, comparadas às estimativas que abastecem as nossas planilhas de coleta de dados, entretanto as ações para qualificação da atenção a esse público alvo estavam em pouco desenvolvidas, resolvemos recadastrar todos os portadores de hipertensão e de diabetes da nossa área de abrangência e dessa forma todos foram registrados nas fichas-espelho e na planilha de coleta de dados, a fim de podermos monitorar as ações realizadas durante as 12 semanas referentes à intervenção.

A nossa intervenção foi programada para ser realizada em 16 semanas, entretanto, por orientação do curso, foi realizada em apenas 12 semanas. Outro dado muito importante para ser relatado é que estamos sem enfermeira, desde o início da intervenção, pois ela afastou-se e não foi substituída. Além disso, permanecemos sem os 3 ACS, durante toda a intervenção. Esses motivos, apesar de todo o esforço feito pela equipe, foram responsáveis pelo não cumprimento de algumas metas estabelecidas na Análise Estratégica.

Objetivo1 Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Ampliar para 70% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM na unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

O número total de usuários hipertensos cadastrados na intervenção foi de 45,7% (160), como demonstra a figura 12, sendo que no primeiro mês tivemos o cadastro de 17,4% (61) hipertensos, no segundo mês tínhamos 28,9% (101) e

assim, alcançamos ao final do terceiro mês um total de 45,7% (160) hipertensos cadastrados na UBS.

As ações que mais contribuíram com o cadastramento dos portadores de HAS foram a divulgação da intervenção na UBS e na comunidade e as ações para investigação e cadastramento dos portadores de HAS e de DM que realizamos em toda a nossa área de abrangência, inclusive nas microáreas descobertas. As ações para capacitar a equipe também foram muito importantes.

Encontramos dificuldades para cumprir as metas, devido ao menor tempo de intervenção, pois inicialmente foi programada para 16 semanas e acabaram ocorrendo, por orientação do curso, em apenas 12 semanas. Além disso, a falta de profissionais muito importantes, como a enfermeira e 3 ACS também foram em grande parte responsáveis pelo não alcance da meta de cobertura dos hipertensos da UBS.

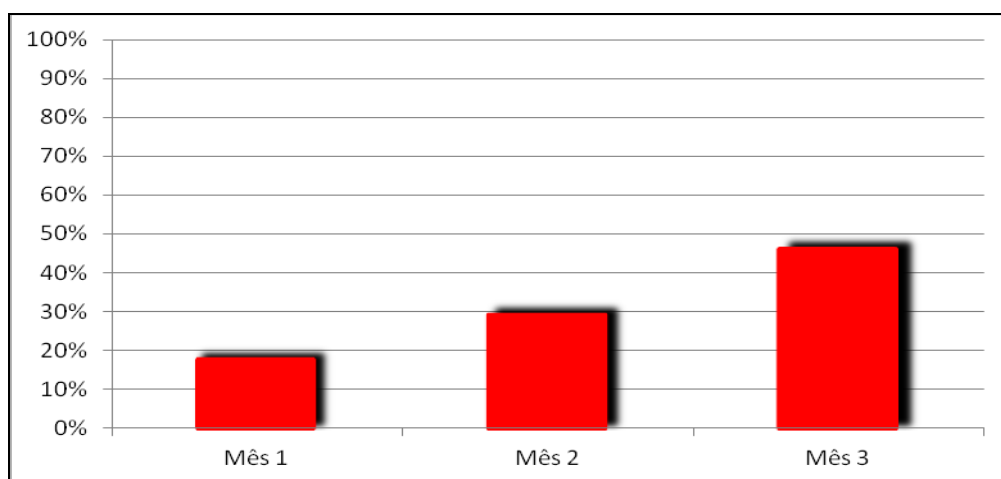


Figura 12- Gráfico de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP**, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 1.2: Ampliar para 70% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM na unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No período da intervenção cadastramos 73,3% (63) dos portadores de DM, conforme evidencia a figura 13. No primeiro mês foram cadastrados 22% (19) diabéticos, no segundo tínhamos 34,9% (30) diabéticos e no final do terceiro mês a cobertura foi de 73,3%, sendo cadastrados, 63 diabéticos.

As ações que mais contribuíram para o cadastramento foram, assim como para os hipertensos, as ações de divulgação da intervenção na UBS e na comunidade, associadas as nossas visitas às comunidades, inclusive as mais distantes, que fazem parte da nossa área de abrangência, sendo que muitas delas são descobertas, por não termos ACS em número suficiente. As ações que visaram capacitar a equipe, a fim de prepará-la para as ações de captação e identificação desses usuários também foram muito importantes para a ampliação do cadastro dos diabéticos da UBS.

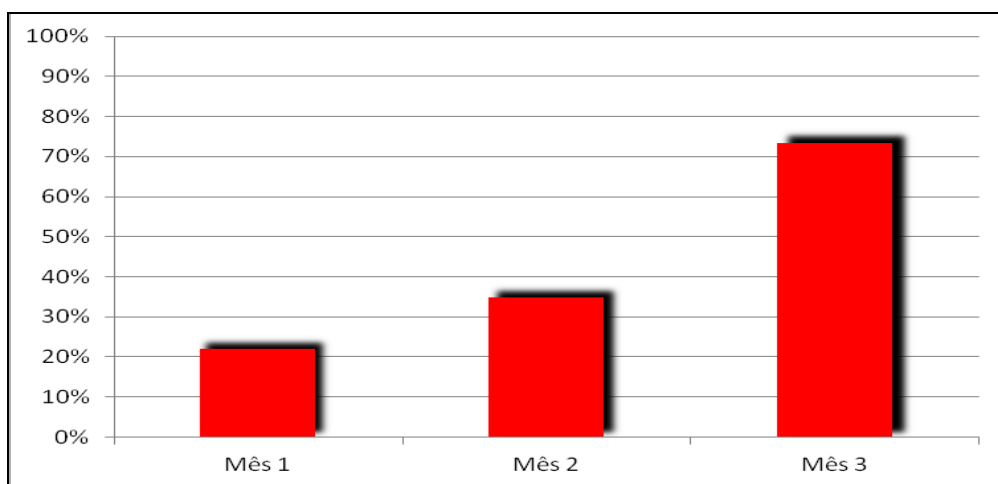


Figura 13- Gráfico de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP**, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No decorrer da intervenção, realizamos exame clínico apropriado para todos os portadores de HAS que foram cadastrados no programa da UBS, totalizando 100% em todos os meses. Então, no primeiro mês tivemos 61 exames clínicos apropriados, no segundo tínhamos 108 e no final do terceiro mês, tínhamos 160 hipertensos com exames clínicos apropriados.

Antes da intervenção o exame clínico que era realizado não tinha um mesmo padrão, mas desde o início da intervenção, passamos a realizar um exame que permite a avaliação integral do usuário e a definição dos riscos dos hipertensos e diabéticos. A equipe concordou com a modificação e houve a assimilação dos novos itens pelos profissionais.

As ações que mais contribuíram para a melhoria da oferta desses exames foram a capacitação, a distribuição das tarefas e o comprometimento da equipe.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia, de acordo com o protocolo.

No final da intervenção tínhamos realizado exames clínicos apropriados a todos os portadores de DM que foram cadastrados no programa da UBS, totalizando 100% em todos os meses. No primeiro mês tivemos 19 exames clínicos apropriados, no segundo tínhamos 30 e no final do terceiro mês, tínhamos 63 usuários com diabetes, com exames clínicos apropriados.

A ação que mais contribuiu para o alcance desses números foi a responsabilidade da equipe, uma vez que não pudemos contar com enfermeira em praticamente toda a intervenção. A capacitação dos profissionais da equipe e a divisão das tarefas também colaboraram bastante. Para usuários com diabetes realizamos, além da avaliação convencional, com bons exames físicos e triagem, o exame específico dos pés diabéticos.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção, como mostra a figura 14, 79 hipertensos realizaram exames complementares e ficaram em dia, segundo protocolo. No primeiro mês 49,2% (30) dos hipertensos realizaram os exames, no segundo tínhamos 46,5% (47) dos hipertensos com esses exames em dia e ao final da intervenção tínhamos um total de 49,4% (79) dos hipertensos com os exames em dia, segundo o protocolo do MS. É necessário considerar que mesmo que o número de exames realizados tenha aumentado mês a mês, como o número de cadastrados também aumentou, não houve muita mudança no alcance da meta. Os usuários que ainda não tinham realizado seus exames, aos poucos retornaram à UBS com os resultados e hoje esses números são maiores.

As ações que mais contribuíram para que pudéssemos alcançar esses números foram em primeiro lugar a conscientização dos portadores de hipertensão

acerca da importância desses exames, para melhor acompanhamento dessas doenças crônicas. Como estamos em reforma da nossa UBS, não pudemos contar com laboratório na nossa unidade, portanto, todos os usuários com hipertensão cadastrados receberam os pedidos dos exames, quando foi necessário, dependendo do que estava previsto em protocolo para atualização desses exames e tiveram que se deslocar para outros locais, por vezes distantes, para a realização de tais exames. Como nossa população dispõe de poucos recursos econômicos, tivemos muitos obstáculos para o cumprimento dessa meta.

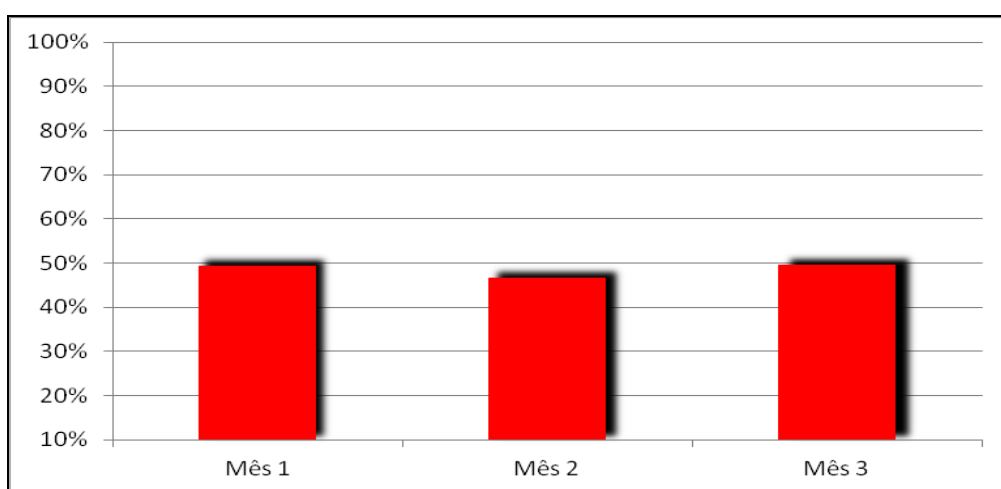


Figura 14 – Gráfico da proporção de portadores de HAS com os exames complementar e sem dia de acordo com o protocolo da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante a intervenção tivemos 32 portadores de DM com exames complementares em dia, segundo o protocolo e no decorrer dos meses, como mostra a figura 15, tivemos resultados progressivos de 52,6% (10), 57,7% (17) e no terceiro tínhamos 50,8% (32) dos resultados de exames complementares. Apesar de haver um aumento progressivo do número de exames em dia, segundo protocolo, como a velocidade dos cadastros foi maior do que o retorno dos usuários com os resultados, os resultados do indicador, oscilaram, havendo um ligeiro declínio no último mês. Nossos usuários durante a intervenção tiveram todos os exames

indicados, segundo o protocolo, mas acredito que a principal dificuldade para a realização dos exames, foi a nossa UBS não ter laboratório clínico, uma vez que como falei anteriormente, ainda continuamos em reforma e nossos usuários moram distante da cidade de Macapá, pois a UBS está situada em uma zona distrital e nem todos os usuários têm condições financeiras para realizar os exames nos laboratórios privados.

Para facilitar a realização dos exames pelos usuários, fizemos encaminhamento para as unidades de saúde mais próximas de UBS e para o Hospital Estadual. Foram requisitados os exames complementares, conforme o protocolo para todos os usuários que não estavam em dia. Também foi realizado pela nossa equipe, nas ações de saúde nas microáreas, nas consultas e nas palestras, um trabalho educativo divulgando a importância e a necessidade da realização dos exames complementares, a fim de sensibilizar a população sobre essa importância. Os usuários que ainda não trouxeram os seus resultados para avaliação, continuam em acompanhamento e puderam ter cumpridas as suas expectativas na realização de um seguimento criterioso feito pela equipe. Isso faz com que nossa equipe se sinta feliz.

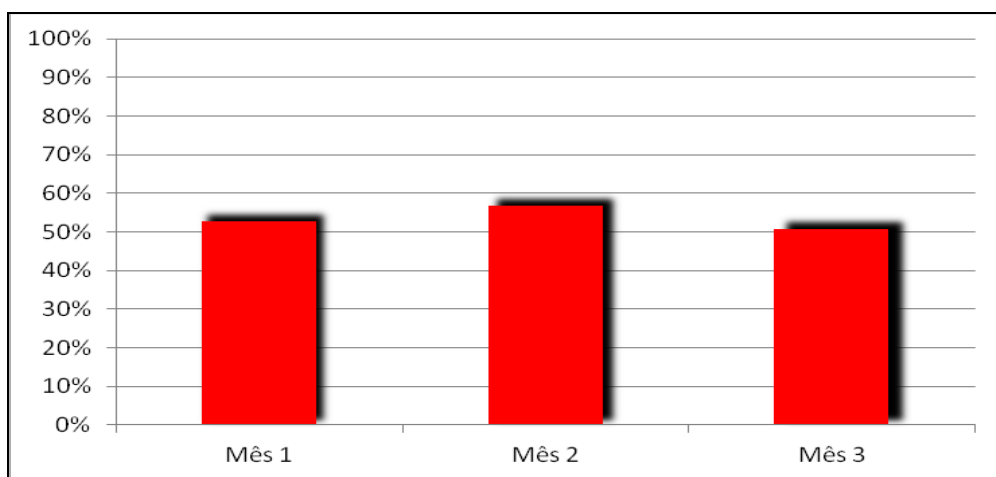


Figura 15 - Gráfico da proporção de portadores de DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP**, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/UBS priorizada.

A proporção de hipertensos que tiveram suas receitas priorizadas com os medicamentos da Farmácia Popular foi de um 98,2 % (55) no primeiro mês, no segundo mês tínhamos 98,9% (94) e ao final da intervenção tivemos um total de 152 usuários hipertensos, o que representou 98,7%, de acordo com a Figura 16.

Como em nossa UBS convivemos em muitas ocasiões, com a falta de medicamentos para hipertensão e para diabetes, antes de iniciarmos a intervenção realizamos conversas para esclarecer aos responsáveis por esse setor da UBS e solicitamos que nossos usuários pudessem contar com esses medicamentos de maneira regular, especialmente com os anti-hipertensivos. Durante as ações de engajamento público, procuramos orientar os portadores de hipertensão sobre a existência da Farmácia Popular e recomendamos que fizessem seus cadastros, para que não lhe faltassem medicamentos para controle da hipertensão. Acreditamos que a população necessita de manutenção dos remédios gratuitos na nossa unidade de saúde, ampliando a quantidade dos medicamentos na UBS.

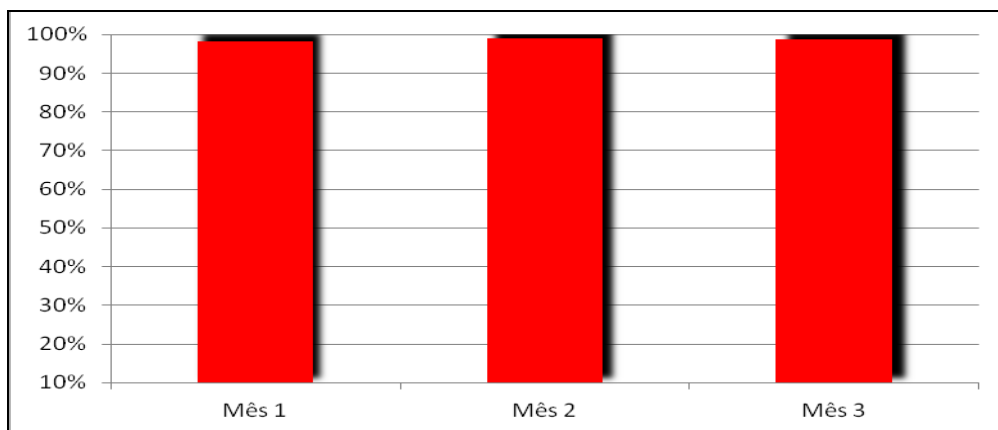


Figura 16- Gráfico de proporção de portadores de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP**, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ UBS priorizada.

Ao final da intervenção, como evidencia a figura 17, tivemos 98,4% (62) dos diabéticos que receberam prescrições de medicamentos que poderiam ser encontrados na própria unidade de saúde ou nas Farmácias Populares. No primeiro mês tivemos 94,7 % (18) e no segundo, 96,7% (29) dos diabéticos cadastrados no programa de atenção à HAS e ao DM com prescrição desses medicamentos.

Assim como para os hipertensos, tivemos alguma dificuldade com a manutenção dos medicamentos para os diabéticos cadastrados no programa de nossa UBS. Como regularmente apresentamos problemas com a falta de medicamentos para tratamento de diabetes em nossa UBS, antes do início da intervenção, conversamos com o responsável pela farmácia da UBS e pedimos atenção na manutenção de medicamentos recomendados ao tratamento de diabetes. Realizamos mensalmente uma lista com as quantidades necessárias para cada fármaco. Ainda durante as palestras realizadas, orientamos nossos usuários com diabetes, para o cadastramento e utilização da Farmácia Popular como alternativa para obtenção desses medicamentos gratuitamente.

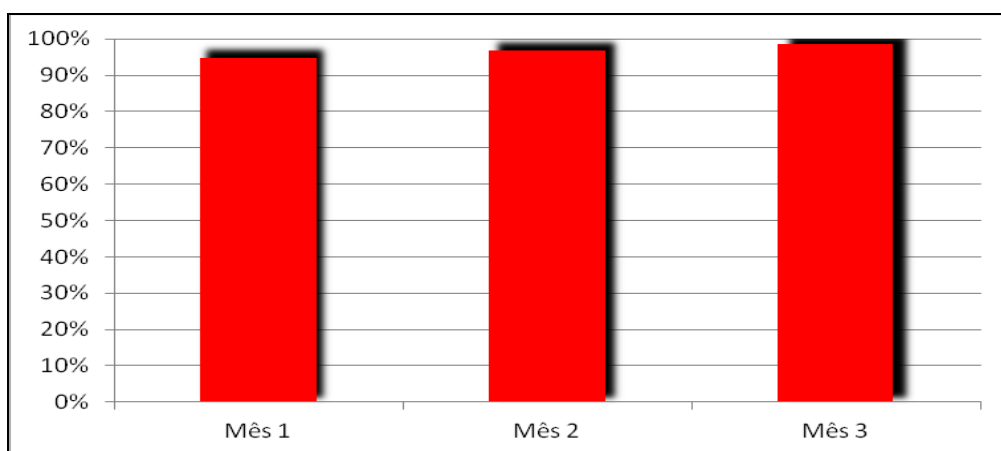


Figura 17- Gráfico de proporção de portadores de DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A proporção de hipertensos que foram avaliados em suas necessidades de atendimento odontológico, conforme mostra a figura 18 foi de 67,2 % (41) no

primeiro mês, 64,4% (65) no segundo e ao final da intervenção, tivemos um total de 70,6% (113) hipertensos com as avaliações realizadas.

Acredito que os resultados poderiam ter sido melhores se a equipe estivesse completa, com cirurgião-dentista, técnico em higiene dental e auxiliar de consultório dentário. Como só temos uma odontóloga para a UBS toda, considero que o resultado foi ótimo. Outros motivos declarados pela maioria dos usuários para a não frequência à consulta odontológica foi o medo e a vergonha. Eu acredito que quando estiver concluída a reforma da UBS, esses atendimentos poderão ser feitos de maneira mais regular para todos os usuários.

As ações que mais contribuíram para a realização dessa avaliação foram a colaboração da dentista e da equipe que a auxilia. Anotamos em um livro, todos os usuários que receberam essa avaliação.

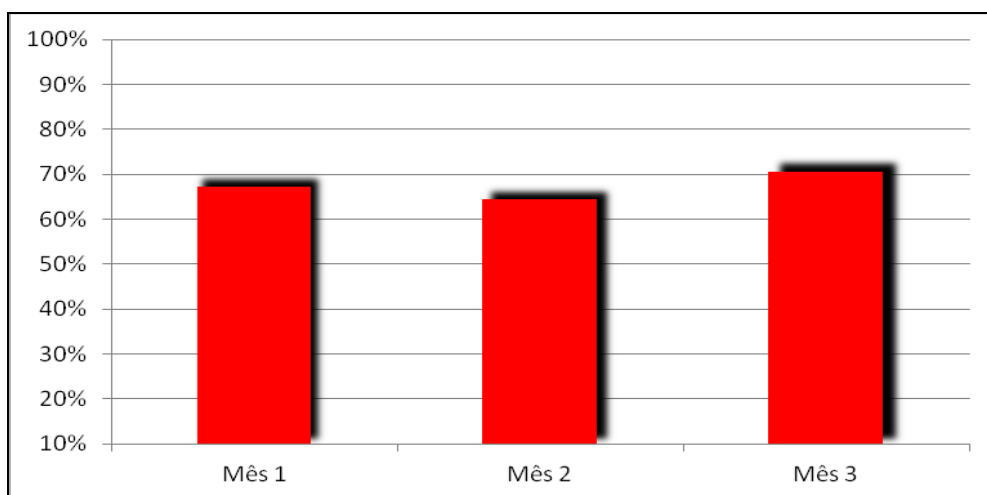


Figura 18- Gráfico de proporção de portadores de HAS avaliados em sua necessidade de atendimento odontológico da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP, 2015.**

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No caso dos portadores de DM, ao final da intervenção, tivemos um total de 60,8%(44) avaliados em suas necessidades de tratamento odontológico. Como demonstra a figura 19, no primeiro mês tivemos 3,2% (12) de avaliações realizadas

pela dentista e no segundo mês tínhamos 50%(15) diabéticos avaliados pela dentista.

As ações que mais contribuíram foram as orientações feitas aos usuários sobre a necessidade desta avaliação, assim como a disponibilidade da dentista e sua equipe, para realizar essas avaliações.

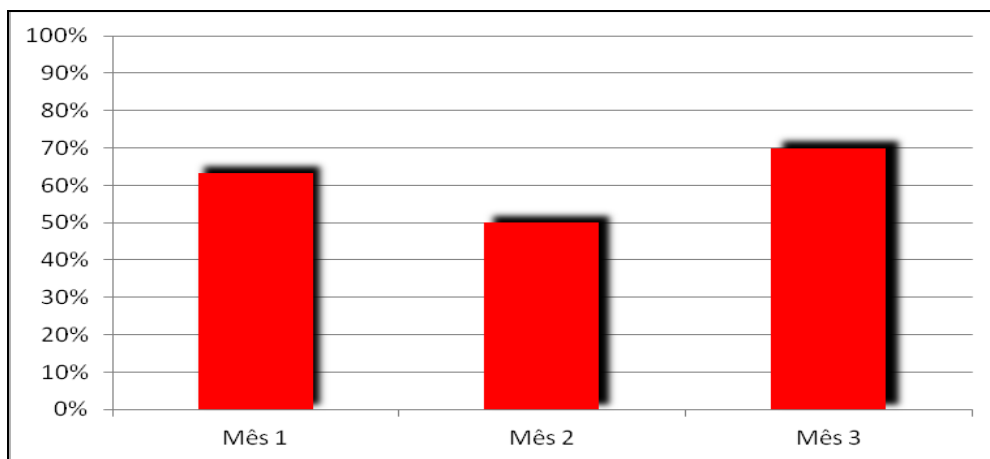


Figura 19- Gráfico da proporção de portadores de DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico da UBS **Pedro Barros Monteiro, Macapá, AP**, 2015.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção realizamos buscas a todos (100%) os portadores de hipertensão que apresentavam atraso nas consultas de acompanhamento de sua patologia, segundo o período definido em protocolo. Nos três meses realizamos buscas, sequencialmente a 5, 17 e 28 usuários com hipertensão.

As ações que mais colaboraram para a realização das buscas foram a parceria da equipe e o compromisso assumido. Como estávamos e ainda estamos sem enfermeira, a unidade encontrava-se em reforma, a equipe toda planejou as suas ações e as realizou em conjunto. Todos os membros da equipe foram para as áreas e realizávamos as buscas e outras ações como orientações para as famílias e núcleos comunitários, consultas, pedidos de exames, receitas com medicamentos da unidade de saúde ou da Farmácia Popular priorizados. Os ACS trabalharam junto aos técnicos em enfermagem, em duplas, identificando novos portadores de

hipertensão e quando voltávamos aos nossos destinos iniciais, o resultado sempre tinha sido bom.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Por meio da revisão dos arquivos específicos, identificávamos os usuários com diabetes, que apresentavam atrasos no seu acompanhamento e então, junto à equipe, saíamos para as microáreas, em busca desses faltosos. Com a equipe desfalcada, tínhamos que realizar as buscas. Trabalhamos em duplas de um ACS e um auxiliar ou técnico de enfermagem. Buscamos os faltosos, mas também conseguimos identificar novos usuários portadores dessas patologias. Durante o período da intervenção, buscamos 100% dos portadores de DM, sendo 1 no primeiro mês, no segundo mês, 3 já tinham recebido busca ativa e no terceiro mês tínhamos 10 portadores de DM, que estavam com atraso, segundo protocolo, para cumprimento de suas consultas de acompanhamento de suas patologias, que já tinham sido buscados.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No período relativo à intervenção, conseguimos manter todas as fichas-espelho dos usuários com HAS atualizadas. Para isso, no início da intervenção fizemos as cópias das fichas-espelho e a partir daí, cada usuário cadastrado no Programa de Atenção à HAS recebeu registro de seus acompanhamentos nas suas próprias fichas. Como continuamos sem a enfermeira, para não gerar atraso nos atendimentos, estamos fazendo esse registro num caderno e no final de semana transferimos esses registros para as fichas-espelho. Durante a intervenção mantivemos todas (100%) as fichas dos usuários com hipertensão foram atualizadas, em todos os meses da intervenção, sendo que no primeiro mês

tínhamos 61 fichas atualizadas, no segundo tínhamos 101 fichas atualizadas, no terceiro tínhamos 160 fichas atualizadas.

A ação que mais contribuiu para a manutenção das fichas atualizadas foi a revisão dos arquivos específicos, realizada pela auxiliar de enfermagem, a fim de verificar a completude das fichas. Outra ação que beneficiou esse nosso trabalho foi a divisão das tarefas pelos membros da equipe da UBS, pois cada um de nós procurou cumprir muito bem o que lhe cabia, a fim de não atrapalhar o trabalho dos colegas, com sobrecarga de atividades.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Da mesma maneira que organizamos o nosso trabalho no preenchimento das fichas-espelho dos hipertensos, o fizemos também para os diabéticos. No período da intervenção tivemos 100% das fichas dos diabéticos atualizadas, sendo que progressivamente, durante os três meses, tivemos: 19 no primeiro mês e 30 e 63, no segundo e terceiro mês de fichas de diabéticos atualizadas.

As ações que mais contribuíram foram: a organização e controle dos arquivos específicos para diabéticos e a divisão de tarefas na equipe.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Todos os hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS receberam estratificação do risco cardiovascular e para isso utilizamos o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Então, 100% dos usuários hipertensos, ou seja, 160 portadores de hipertensão receberam estratificação do risco cardiovascular, durante os três meses da intervenção, sendo que no primeiro mês, tivemos 61 hipertensos, no segundo tínhamos 101 hipertensos e no terceiro, 160 hipertensos que receberam a estratificação dos riscos cardiovasculares. **Como relatado anteriormente, nem todos os usuários com HAS conseguiram realizar**

exames complementares no período da intervenção, devido à reforma da UBS, então, no caso destes usuários, realizamos uma estratificação do risco adaptada, considerando sua idade, sexo, se era ou não fumante e as cifras de pressão arterial. Convém lembrar que o escore de Framingham continua sendo até os nossos dias uma forma muito confiável, simples e de baixo custo na classificação do risco dos usuários e só não foi possível realizá-los na íntegra, devido à dificuldade com a realização dos exames complementares, o que constituiu um obstáculo, mas não foi um impedimento para fazer nosso trabalho.

As ações que mais contribuíram foram as de engajamento público, que estimularam a frequência às consultas para acompanhamento dos portadores de hipertensão e para a realização de exames complementares, que contribuem com a identificação dos riscos.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Da mesma forma como aconteceu com os usuários com hipertensão, os 100% dos usuários com diabetes, receberam estratificação de risco e durante o período da intervenção, sequencialmente nos três meses tivemos: 19, 30 e 63 portadores de diabetes Mellitus com avaliação de seus riscos cardiovasculares. Assim como no caso dos portadores de HAS, para realizar a estratificação do risco dos usuários com DM em que não foi possível conhecer os resultados de exames laboratoriais como Colesterol Total (mg/dl) e HDL Colesterol(mg/dl), levamos em conta para essa estratificação do risco a idade do usuário, o sexo, se ele era ou não fumante e as cifras de pressão arterial.

Dentre as ações que foram importantes para o alcance das metas, tivemos a colaboração da equipe no cumprimento de suas funções na condução dos usuários com diabetes e o conhecimento desses usuários acerca da importância da realização dos exames complementares para definição correta dos riscos e da frequência das consultas de acompanhamento dessa doença crônica.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Com respeito à evolução do indicador, no decorrer dos meses receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável 63 hipertensos no 1º mês e sucessivamente nos próximos meses, 101 e 160 hipertensos cadastrados na UBS, totalizando 100% dos cadastrados no programa e acompanhados na unidade de saúde.

No período da intervenção realizamos orientação nutricional sobre alimentação saudável para todos os hipertensos cadastrados na unidade de saúde no decorrer da consulta médica, assim como nas visitas domiciliares ou nos locais da comunidade que visitamos. A realização de palestras na UBS foi prejudicada pela reforma da unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Acompanhando o que aconteceu com os portadores de hipertensão, fizemos orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% usuários com diabetes, durante as consultas programáticas. Também realizamos palestras nas comunidades que visitamos e nas visitas domiciliares, quando se encontravam reunidos vários portadores de doenças crônicas e estas foram as ações responsáveis pelo alcance das metas.

O indicador, no decorrer dos meses, comportou-se da seguinte maneira: 19 diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável no 1º mês e sucessivamente nos próximos meses, 30 e 63 diabéticos cadastrados na unidade de saúde, totalizando 100% dos cadastrados no programa e acompanhados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Os hipertensos foram ainda orientados sobre a importância da prática regular de exercícios físicos durante as palestras e também nas consultas. Sucessivamente, durante os meses tivemos 63, 101 e 160 hipertensos que receberam essas orientações, totalizando 100% dos cadastrados no programa e acompanhados na unidade de saúde.

As ações que mais contribuíram para o alcance dessas metas foram as orientações realizadas nas consultas e nas palestras, sobre o tema.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Durante a intervenção todos os diabéticos foram orientados sobre a importância da prática regular de exercícios físicos durante as palestras e as consultas. Sucessivamente, durante os meses tivemos 19, 30 e 63 hipertensos que receberam essas orientações, totalizando 100% dos cadastrados no programa e acompanhados na unidade de saúde.

As ações que mais contribuíram foram as orientações aos usuários sobre essa prática, durante as consultas e palestras.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No período da intervenção realizamos orientações sobre os riscos do tabagismo a todos os hipertensos que foram cadastrados no programa e sucessivamente durante os três meses, tivemos 61, 101 e 160 usuários com hipertensão que receberam essas orientações.

As ações que mais contribuíram para o esclarecimento desses usuários foram as orientações nas consultas, nas palestras nas comunidades e nas visitas domiciliares, a respeito desses temas.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante as 12 semanas da intervenção todos os usuários com diabetes foram informados sobre os riscos do tabagismo e no decorrer dos meses, sucessivamente 19,30 e 63 portadores de diabetes Mellitus foram orientados sobre esses riscos.

As ações que mais contribuíram para o cumprimento dessas metas, foram as orientações fornecidas a esses usuários nas consultas, nas visitas domiciliares e nas palestras realizadas nas comunidades que foram por nós visitadas, a respeito desses riscos.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No decorrer da intervenção realizamos ações que tinham como objetivo a orientação dos usuários com hipertensão sobre a importância da higiene bucal. Nesse período foram orientados sequencialmente durante os meses: 61, 101 e 160 portadores de hipertensão, o que representou 100% dos portadores de hipertensão cadastrados e acompanhados na UBS.

As ações que mais contribuíram foram as relativas ao engajamento público, que orientaram esses usuários nas palestras, nas consultas e nas visitas domiciliares, sobre a importância da higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Assim como os portadores de HAS, todos (100%) os portadores de DM também foram orientados sobre a importância da higiene bucal, sendo que no decorrer dos três meses da intervenção, tivemos progressivamente: 19, 30 e 63 usuários com diabetes, orientados sobre higiene bucal.

As ações que mais contribuíram para o alcance dessa meta foram as ações de engajamento público, em especial as orientações dos usuários sobre a importância e cuidados de higiene bucal.

4.2 Discussão

Resumo do que alcançou com a intervenção.

A intervenção, em minha equipe de saúde permitiu alcançar implementações de muita importância na qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM. A equipe foi capacitada com base nos Cadernos da Atenção Básica número 36 e 37, publicados pelo MS em 2013 sobre HAS e DM e, dessa forma, conseguimos melhorar a qualidade da triagem, dos acolhimentos, da organização do serviço, do registro dos usuários, quando comparados ao que era praticado, antes da intervenção. Todos os cadastrados receberam avaliação do risco cardiovascular para estabelecer as prioridades e planejar os retornos às consultas. Obtivemos ampliação da cobertura de DM e apesar de não termos alcançado as metas de cobertura para hipertensos, conseguimos identificar e cadastrar muitos deles. Esse indicador só não teve melhor desempenho devido ao desfalque de profissionais na equipe, à reforma da UBS e também devido ao replanejamento das semanas da intervenção, que anteriormente foram programadas para 16 e para ajuste de calendário do curso, durante a intervenção, foram reprogramadas para 12. Também realizamos atividades de promoção de saúde, as quais melhoraram a satisfação da população, com ações integrais de saúde, onde realizamos palestras sobre diferentes temas referentes aos fatores de risco como: hábitos de fumar, obesidade, a importância da alimentação saudável, prevenção das complicações da HAS e DM, melhorando os conhecimentos da população sobre essas doenças.

Com a intervenção e com a falta de profissionais, a alternativa que tivemos durante esse período foi unirmos as nossas forças e com isso, a equipe ficou muito mais unida.

Importância da intervenção para a Equipe

A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada para cumprir com as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários com HAS e DM. Os profissionais ficaram conhecendo muito melhor suas atribuições e a equipe ficou mais informada, obtivemos mais organização e as ações postas em prática para a intervenção, acabaram tendo impacto também em outras atividades da equipe, como a melhoria no acolhimento, cadastramento e um controle mais adequado dos usuários com HAS e DM.

Como expliquei acima, pela falta de profissionais na equipe, tivemos que nos unir para conseguirmos realizar adequadamente as ações previstas para a

intervenção. Como estamos sem enfermeira, estabelecemos que cada técnico de enfermagem fosse responsável por acompanhar um ACS, durante esse período.

Importância da intervenção para o serviço

A intervenção colaborou com uma melhor organização do serviço, não só na atenção à HAS e/ou DM, mas também em todas as outras ações como acolhimento, triagem, registros, entre outros aspectos.

Em nossa intervenção observamos que anteriormente as ações de atenção aos usuários HAS e DM eram concentradas só no médico e no decorrer do período constatamos que os atendimentos realizados pela equipe completa proporcionam uma atenção a maior número de usuários, assim como com uma visão de abordagem integral. Os registros e os agendamentos dos portadores de HAS e de DM melhoraram e continuam melhorando com a manutenção desse atendimento e a classificação de riscos destes usuários, que estão com os retornos continuados e programados.

Importância da intervenção para a comunidade

A comunidade teve acesso ao conhecimento sobre essas doenças e o motivo da priorização do portador com HAS e/ou DM. Tivemos dificuldades em nossa UBS que continua em reforma e acredito que se fosse diferente, penso que teríamos maior frequência e busca pelos atendimentos dos portadores de HAS e de DM. Apesar das dificuldades os atendimentos foram de muita qualidade e devemos continuar com a sensibilização das pessoas que não conhecem a importância dos atendimentos continuados. Os hipertensos e diabéticos ficaram muito satisfeitos pelos atendimentos proporcionados por nós, mas ainda temos que prosseguir trabalhando.

Realizamos a ampliação da cobertura dos portadores de DM, ainda temos muitos portadores de HAS e/ou DM sem cobertura, permanecemos com dificuldades com recursos humanos, pois continuamos sem enfermeira, três áreas descobertas por falta de ACS e os usuários com HAS e/ou DM residentes nessas comunidades com pouca informação pela falta de profissionais nestas áreas. Durante a intervenção realizamos atividades de promoção de saúde nestas áreas para melhorar o cadastramento e rastreamento destas doenças e os conhecimentos da comunidade.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento.

Faria um cartão para controle da oferta de medicamentos pela farmácia da UBS para usuários para todas as equipes, de acordo com o modelo da figura 20 apresentada abaixo:

Nome e Sobrenome;

Doença: Diabetes o Hipertensão

Equipe: 013



Medicamentos	Meses											
Captopril 25 mg 1 comp. c/ 12 horas												
Hidroclorotiazida 25mg 1 comp. ao dia												
Metformina 850 mg 1 com ao dia												

Figura 20- Quadro de registro dos medicamentos ofertados na UBS.

Se fôssemos iniciar nosso trabalho hoje, incrementaria as ações de conscientização da comunidade em relação às necessidades de priorização da atenção dos usuários com HAS e/ou DM, em especial os de alto risco e ampliaria os indicadores a serem monitorados mensalmente na intervenção na planilha de coleta de dados, a fim de monitorar outras ações da intervenção.

Por outro lado, solicitaria à gestão uma maior quantidade de aparelhos para a realização de medidas de pressão arterial, que seriam destinados para todos os técnicos de enfermagem, melhorando assim, a qualidade dos rastreamentos nas visitas domiciliares, com a ampliação do cadastramento.

Quais os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço.

Os próximos passos são incorporar e manter o projeto à rotina do serviço, ter disponíveis os ACS para as áreas descobertas, garantindo melhor rastreamento e alcance dos 100% da cobertura do programa.

Dos próximos passos, faz parte ter uma enfermeira, que será capacitada, assim como os ACS, para podermos investir na ampliação e na qualidade da cobertura dos usuários com HAS e/ou DM. Tomando a intervenção como referência, pretendemos ampliá-la para todas as equipes da UBS, que será mais fácil, com a conclusão da reforma da UBS que está prevista para dezembro de 2015.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimados Gestores.

Dada à importância das doenças cardiovasculares que avaliamos em nosso dia a dia e que constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes Mellitus (DM) representam dois principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário. A DM é uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares. A HAS é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidentes vasculares cerebrais e 25% das mortes por doenças das artérias coronárias e juntas, essas doenças representam 62,1% do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise.

Por outro lado, quando os usuários são identificados precocemente e acompanhados de forma integral, por toda a equipe, com a redução de fatores de risco e estímulo à mudanças de estilo de vida, por meio de ações educativas de prevenção e promoção de saúde, os resultados são muito positivos.

Por meio de uma Análise Situacional na nossa área de abrangência, que conta com uma população de 2300 pessoas aproximadamente, visto que ainda temos áreas descobertas, por falta de Agentes Comunitários de Saúde, identificamos que a ação programática que estava mais desorganizada e com menor número de usuários cadastrados, era a que dedicava atenção e cuidados aos hipertensos e diabéticos da nossa população. Sendo assim, realizou-se uma intervenção na nossa área de abrangência de 09/02/2015 até 30/04/2015 com a participação dos profissionais da equipe da saúde da família e a comunidade.

Antes da intervenção o cadastramento dos hipertensos no Programa de Atenção à HAS e ao DM, correspondia a 47,7%, representados por 167 usuários, enquanto que a cobertura dos diabéticos no mesmo programa era de 43%, com 37

usuários cadastrados. Com a intenção de ampliar os cadastros no programa e melhorar a qualidade das ações ofertadas aos usuários, realizamos uma intervenção na nossa área de abrangência por doze semanas, no período de fevereiro a abril de 2015. Foram realizadas ações para pesquisa ativa, rastreamento em consultas e visitas domiciliares da população de risco. Recadastramos os hipertensos e diabéticos, com a participação de todos os membros presentes da equipe e como estamos sem enfermeira e sem 3 ACS, estabelecemos que os técnicos de enfermagem seriam responsáveis pelo acompanhamento do trabalho dos ACS, para que fosse possível obter melhor aproveitamento do trabalho da equipe desfalcada.

Realizamos busca ativa nas comunidades da nossa área de abrangência, visitas domiciliares, realizamos a capacitação da equipe com base nas edições mais atualizadas dos Cadernos da Atenção Básica número 36 e número 37, publicados pelo Ministério da Saúde sobre HAS e DM, no ano de 2013 e, dessa forma, conseguimos melhorar a qualidade da triagem, dos acolhimentos, da organização do serviço, do registro dos usuários. Todos os cadastrados receberam avaliação do risco cardiovascular para estabelecer as prioridades e planejar os retornos às consultas. Também realizamos atividades de promoção de saúde, as quais melhoraram a satisfação da população, com ações integrais de saúde, onde realizamos palestras sobre diferentes temas referentes aos fatores de risco como: hábitos de fumar, obesidade, a importância da alimentação saudável, prevenção das complicações da HAS e DM, melhorando os conhecimentos da população sobre essas doenças e todas as ações desenvolvidas foram monitoradas mensalmente. Os dados foram coletados na ficha-espelho, mostrada a vocês em ocasião anterior e na planilha de coletas de dados disponibilizada pelo o curso da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), que calculou automaticamente os indicadores.

Depois de 12 semanas, estimados gestores, muitas foram as conquistas alcançadas e acreditamos que as principais dificuldades vividas foram a falta de recursos humanos em odontologia, enfermeira e ACS. Além disso, pela reforma na nossa UBS, os usuários realizaram os exames de laboratório em outras unidades do município, que foi uma dificuldade muito grande, visto que a população mora em zona distrital e são pessoas com baixos recursos financeiros.

Após a conclusão da intervenção, as ações estão sendo incorporadas na rotina do serviço, entretanto, ainda temos desafios para alcançar os 100% do cadastramento dos usuários, dos atendimentos odontológicos e dos exames de laboratório. Sendo assim, precisamos da colaboração e ajuda de vocês para continuar trabalhando na melhoria da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos em nossa população.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estimados usuários da nossa UBS,

Hoje em dia, muitas pessoas sofrem de pressão alta e de diabetes e não têm conhecimento do grande risco que correm por não tratá-las a tempo, evitando graves complicações.

Essas duas doenças são responsáveis por muitas mortes e por problemas muito sérios como os derrames e as amputações de membros inferiores. Então, por isso é tão importante fazer os cadastros e o seguimento desses usuários.

Antes de iniciar a intervenção realizamos um diagnóstico dos principais problemas de saúde aqui da nossa área e encontramos que muitos portadores de pressão alta (hipertensão) e diabéticos não faziam os tratamentos de maneira regular, enquanto outros tinham essas doenças, mas não estavam cadastrados no Programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Além disso, muitos não tinham conhecimento sobre suas doenças e/ou não davam a importância para o acompanhamento regular. Alguns usuários ainda, portadores de fatores de riscos como obesidade e colesterol elevado não eram avaliados integralmente sobre os riscos de serem portadores de uma destas ou das duas doenças.

Com a intervenção, conseguimos uma melhor organização no serviço, com o registro de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados, sem a necessidade de alterar as datas de atendimento. Foram ofertadas ações de qualidade aprimoradas como: o exame físico, o exame dos pés, as orientações sobre alimentação saudável, sobre o risco do tabaco, sobre a importância da prática de atividade física de forma regular. Todos os cadastrados foram encaminhados para realizar exames de laboratório, mas tivemos problema com a realização desses exames, já que não foi possível fazê-los aqui, pela reforma da UBS. Tivemos problemas também com a avaliação da dentista, que é uma só para todas as equipes da UBS e devido a isso,

não conseguiu avaliar todos os cadastrados. Foram realizados muitos atendimentos aos moradores da nossa área de abrangência, por meio das visitas domiciliares.

Ao término da intervenção, pudemos observar que o objetivo de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos foi cumprido. Conseguimos cadastrar um total de 45,7% (160) hipertensos e 73,3% (63) diabéticos e tivemos maior adesão por parte deles.

Não conseguimos ainda chegar aos 100% dos cadastros, mas temos um caminho iniciado para seguir o trabalho e, apesar da falta de profissionais na equipe, vamos continuar com as ações ofertadas durante a intervenção na rotina da UBS.

Nesta nova fase do trabalho, gostaríamos de continuar contando com a participação da comunidade e dos líderes comunitários, para ampliar os nossos cadastros e para melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos de toda nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Depois de mais de um ano de trabalho no curso de especialização onde caminhamos por um mundo de aprendizagem, acredito que essa vivência foi muito importante em minha preparação como profissional da saúde. O curso, em toda sua magnitude, superou minhas expectativas. Foi minha primeira experiência em um curso à distância, mas penso que foi muito interessante, com um desenho eletrônico ótimo e muito bem confeccionado. Gostei muito.

A orientadora ajudou-me de uma forma muito profissional. O curso ajudou-me também com a aprendizagem do idioma português.

Foram muito importantes as atualizações dos diferentes protocolos do Ministério da Saúde. Foi fundamental ter acesso à bibliografia atualizada, disponibilizadas pela plataforma do curso. Todos os materiais foram muito interessantes, em todas as unidades e graças a eles, conseguimos avançar nos estudos.

Os questionários propostos pelo curso foram também muito didáticos, de muita utilidade para conhecer as fragilidades e os pontos fortes de nossa unidade de saúde. Com esses dados, conseguimos realizar a Análise Situacional de nossa UBS e avaliar o trabalho da equipe. Além disso, por meio de documentos disponibilizados nessa Unidade do curso e incentivos ao engajamento público, conseguimos envolver os profissionais que compõem a equipe e as lideranças de minha comunidade, que foram muito úteis na nossa intervenção. Trabalhamos desde o início, dando prioridade àquelas ações programáticas identificadas com dificuldades.

A orientação para a utilização das fichas-espelho feita pelo curso foi de muita utilidade a fim de obtermos acesso a todos os dados da nossa intervenção, muitos dos quais foram monitorados, como os exames clínicos e exames laboratoriais.

Tive dificuldades, algumas vezes, com o sinal da internet, mas não foi problema para impedir de continuar o curso, assim como, apresentaram-se barreiras que não nos impediram de dar continuidade à intervenção.

O acesso ao fórum foi vital para nosso conhecimento e graças ao intercâmbio com todos os participantes, tivemos a oportunidade de conhecer as experiências de trabalho nas diferentes regiões de Brasil.

Foi muito importante a estreita comunicação com minha orientadora, a quem quero agradecer por sua constante paciência, que de uma forma muito profissional conseguiu estar sempre ao meu lado, para eu não ficar sozinha nesta caminhada.

Enfim, acredito que foi ótima a forma de aprendizagem à distância, ofertada pela Universidade Federal de Pelotas.

Segue abaixo a figura 21, representada pela fotografia da equipe 13, que realizou a intervenção na UBS Pedro Monteiro de Barros, em Macapá, AP, no ano de 2015, ficou mais unida e permanece assim.



Figura 21- Fotografia da equipe 13, responsável pela intervenção no Programa de Atenção à HAS e ao DM na UBS Pedro Barros Monteiro, em Macapá, AP, no ano de 2015.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.– Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htmlAcesso em :20 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=160030&search=amapa|macapa>. Acesso em 22 set 201

Apêndice

Apêndice A –Ficha complementar



PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

ANEXO FICHA DE ESPELHO

Nome completo:

Data De nascimento:

Idade:

DATA	SEXO	COMORBIDADE ASSOCIADA	
		DISLIPIDEMIA	OBESIDADE

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados


Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1							
2							
3							
4							

O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Anexo C-Ficha espelho



**Especialização em
Saúde da Família**
 Universidade Federal de Pelotas



PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____



Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Especialização em Saúde da Família
 Universidade Federal do Rio de Janeiro

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO